

REGIONE
ABRUZZO



Piano sociale regionale 2016-2018

Documento strategico aperto

Linee guida e schema base di Piano

BOZZA DI LAVORO APERTA ALLA CONSULTAZIONE



Piano sociale regionale 2016-2018

DOCUMENTO STRATEGICO APERTO

Linee guida e schema base di Piano

Indice del Documento Strategico Aperto

Premessa	3
PARTE I – ASSETTI ISTITUZIONALI	5
1.1. La programmazione strategica integrata e partecipata: una nuova sfida per l'Abruzzo	5
1.2. Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo	6
1.3. Assetti, strategie e strumenti della programmazione partecipata.....	8
1.4. Le scelte della nuova programmazione: accesso al sistema, autorizzazione e accreditamento ..	12
PARTE II – ASSETTO DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	15
2.1. Strategie e strumenti di integrazione socio sanitaria.....	15
PARTE III - ASSETTI GESTIONALI E FINANZIARI	19
3.1. La gestione coordinata delle risorse e l'assetto finanziario integrato del sistema	19
PARTE IV – ASSETTI TEMATICI	27
4.1. Gli obiettivi delle nuove politiche sociali e la promozione del benessere sociale e di salute.....	27
4.2. Gli obiettivi essenziali di servizio e le azioni di miglioramento.....	33
4.3. Le risposte integrate ai bisogni nell'area della famiglia, delle nuove generazioni, delle persone con disabilità, degli anziani, della povertà e dell'esclusione sociale per gli adulti fragili e gli immigrati.	36
A. Indirizzi per le politiche per la famiglia.....	37
B. Favorire la crescita delle nuove generazioni	37
C. Promuovere una nuova strategia per le persone con disabilità.....	39
D. Promuovere l'invecchiamento attivo e assicurare servizi di cura di qualità	39
E. Contrastare la povertà e l'esclusione sociale e favorire l'inclusione dei migranti.....	40

Premessa

Il presente Documento Strategico Aperto, che propone un primo schema di base di Piano, consiste in linee guida su assetti istituzionali, tematici, assetto di integrazione sociosanitaria, assetto finanziario, del nuovo Piano sociale regionale della Regione Abruzzo.

Il Documento è una piattaforma di proposte aperta alla partecipazione, non un documento rigido o predeterminato, e si configura come strumento cui tutti gli attori sociali possono apportare contributi, nuovi spunti, suggerimenti e miglioramenti, che saranno poi sviluppati nella stesura finale del Piano. Esso traduce le analisi emerse nel Profilo sociale in obiettivi di lavoro e proposte di miglioramento, che andranno sviluppati attraverso la discussione e la condivisione fattiva.

E' bene rilevare che **questo Documento Strategico Aperto è già frutto esso stesso di un'ampia consultazione con tutti gli attori sociali** avviata nell'ottobre 2014 con la presentazione delle "Linee guida per la riforma delle politiche sociali in Abruzzo", che ha visto l'invio di circa 100 contributi e proposte, dei numerosi convegni e incontri di lavoro sulla riforma sia con le Organizzazioni Sindacali che con i Comuni e le Associazioni, dei gruppi di lavoro attivati nell'ambito del Forum "Social Lab", svoltosi il 13 febbraio 2015 a Pescara alla presenza del Ministro Poletti. Tantissimi spunti di questo Documento provengono proprio dai materiali di lavoro di questa lunga fase di consultazione.

La partecipazione al Documento Strategico Aperto si attua attraverso:

- la Conferenza di presentazione del Profilo sociale e del Documento;
- i Tavoli di partecipazione provinciale;
- il sito internet dell'Osservatorio sociale: www.osr.regione.abruzzo.it.

Il Documento strategico declina le **priorità** stabilite nel **Documento di Economia e Finanza Regionale dell'Abruzzo 2016-2018**, approvato dal Consiglio Regionale con Deliberazione C.R. 52/1 del 29.12.2015, che all'Area Tematica 3 (Crescita inclusiva) prevede tra l'altro:

- la ridefinizione della governance, finalizzata all'integrazione sociosanitaria, con lo sviluppo dell'organizzazione dei Distretti e l'integrazione con gli Ambiti sociali, la coincidenza ambiti-distretti;
- il miglioramento della qualità dei servizi socio-assistenziali ed educativi attraverso il regime di autorizzazione e accreditamento;
- lo sviluppo della partecipazione dei cittadini, delle famiglie, delle organizzazioni;
- una maggiore sostenibilità economico-finanziaria con la creazione di sinergie fra i diversi Fondi;
- il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale e, in particolare, di quella domiciliare, anche attraverso il riordino dell'ADI;
- l'adozione di più efficaci strumenti di monitoraggio e controllo dei servizi e della spesa sociale;
- l'integrazione sociosanitaria nell'ambito dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, nell'area della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze;
- il potenziamento del PUA, il rafforzamento delle professionalità sociali nell'Unità di Valutazione Multidimensionale, la revisione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Attraverso il Piano Sociale, la Regione Abruzzo intende promuovere e sostenere il rafforzamento di un welfare sociale “dei diritti” caratterizzato da obiettivi essenziali di servizio, al fine di consentire progressivamente la soddisfazione dei diritti di cittadinanza.

Congiuntamente, la Regione intende rafforzare un **welfare sociale “comunitario e integrato”**, che investa risorse pubbliche anche attraverso forme di integrazione fra politiche sociali, sanitarie, educative, del lavoro e dell’inclusione sociale, e che stimoli la partecipazione attiva della società civile al benessere collettivo. In questa direzione il Piano propone anche un cambiamento significativo nei rapporti intercorrenti tra soggetti pubblici e soggetti del privato sociale.

La Regione promuove anche un **welfare sociale “attivo”** che, oltre a fornire una base sicura ai cittadini grazie alla assicurazione di livelli essenziali di prestazioni sociali e sociosanitarie, centralizzi i processi proattivi, ponga attenzione alla personalizzazione degli interventi e promuova crescita e cambiamento a partire dalle capacità individuali, accompagnando e sostenendo le singole persone, i gruppi di cittadini, gli attori della scena sociale e della società civile.

Sulla scorta di queste premesse, la Regione Abruzzo intende porre come strategia generale per la triennalità 2016/2018 il riordino e lo sviluppo del sistema territoriale integrato degli interventi e dei servizi in campo sociale e sociosanitario.

Il Piano sociale regionale all’interno di tale quadro assume le seguenti finalità:

- ☐ **Attenzione alla centralità della persona:** con il riconoscimento della personalizzazione degli interventi e con la partecipazione attiva delle persone stesse alla definizione di progetti individualizzati;
- ☐ **Rispetto e soddisfazione dei diritti:** attraverso la riduzione delle disparità sociali e il riconoscimento a tutte le persone del diritto di accesso al sistema di protezione sociale;
- ☐ **Sviluppo di forme di democrazia e cittadinanza attiva** orientate alla responsabilizzazione e alla costruzione, da parte dei cittadini e della società civile, di legami comunitari, che coniughino sussidiarietà e solidarietà.

Discende da qui la necessità di realizzare un’azione complessa e articolata che sia in grado di integrare e valorizzare tutte le misure messe in campo e tutte le risorse attivabili sia a livello regionale che territoriale.

Il Piano Sociale si pone come lo strumento di promozione di una programmazione strategica e integrata, fornendo indirizzi e favorendo forme di coordinamento del sistema dei servizi e delle attività sociali e sociosanitarie, che vengono delineate nelle pagine di schema base di piano, articolato in forma di linee guida di orientamento per lo sviluppo successivo.

Il Piano sostiene il **metodo dell’approccio sussidiario**, quale strumento utile alla costruzione di un sistema sociale partecipato, e intende rafforzare la governance istituzionale ai diversi livelli, anche ripensando gli assetti organizzativi, gli strumenti di analisi dei bisogni e di valutazione dei risultati e il sistema di offerta; nell’ottica sopra richiamata dell’affermarsi di un welfare sociale attivo e imprenditivo, ovvero che investa le risorse pubbliche e al contempo stimoli la partecipazione attiva della società civile, verso il raggiungimento del benessere collettivo.

PARTE I – ASSETTI ISTITUZIONALI

1.1. La programmazione strategica integrata e partecipata: una nuova sfida per l'Abruzzo

Il Piano sociale regionale è strumento di programmazione strategica e integrata del welfare sociale.

Come già accennato in premessa, **il welfare sociale intende svilupparsi anche come un welfare comunitario** in grado di realizzare una **rete di opportunità e di garanzie orientate allo sviluppo umano e al benessere della comunità, al sostegno dei progetti di vita delle persone e delle famiglie, all'esercizio di una cittadinanza attiva nel pieno rispetto del principio di equità, dei diritti e della centralità della persona.**

In questo quadro si intende perseguire la piena realizzazione di un welfare territoriale basato su una strategia di **integrazione territoriale**, promuovendo la gestione associata dei Comuni attraverso ambiti coincidenti, per la funzione programmatica, con i distretti sanitari.

Sul versante della governance, strategia prioritaria del Piano è di consolidare e migliorare l'attuale assetto, attraverso il **rilancio dei processi partecipativi e concertativi di territorio**, in grado di **mobilitare risorse comunitarie, di sviluppare reti e partnership significative** e di dare vita a forme virtuose di cooperazione tra gli Enti Locali e tra i comparti (in primis quello sociale e quello sanitario) e tra ente pubblico e terzo e quarto settore.

Tutto ciò può essere concretizzato attraverso le 5 direzioni di sviluppo già previste dalle *“Linee guida per la riforma delle politiche sociali in Abruzzo”*, alle quali hanno dato il contributo almeno 100 organizzazioni e persone:

1. La nuova governance pubblica delle politiche sociali;
2. Un nuovo ruolo per il terzo settore e le professioni sociali;
3. Il rilancio della programmazione e gestione integrata sociosanitaria;
4. La specializzazione delle risposte e i livelli essenziali;
5. La riqualificazione della spesa.

In particolare, indichiamo tre aree su cui il Piano intende investire:

- la **nuova governance pubblica delle politiche sociali** avrà come elemento di novità la riorganizzazione territoriale con la **coincidenza ambiti – distretti sanitari**, che migliorerà in modo determinante la programmazione territoriale sociosanitaria integrata e darà un ruolo più forte alla Conferenza dei Sindaci. La nuova governance sarà rinforzata attraverso Uffici di Piano come aree di management integrato e interventi formativi di accompagnamento affinché si possa realizzare un'effettiva programmazione territoriale;
- si intende **rafforzare il ruolo del terzo settore e della società civile**, riqualificando e valorizzando le risorse della cooperazione sociale, dell'associazionismo, del volontariato, delle professioni, grazie allo sviluppo di pratiche di accreditamento e coprogettazione. Lo sviluppo di forme di coprogettazione (D.p.c.m. 30/03/2001) consentirà di costruire rapporti di partenariato integrativo e non sostitutivo dell'intervento pubblico, con attenzione a nuove regole di rappresentanza nei tavoli di lavoro. Il rilancio del sistema di accreditamento dei servizi sociali consentirà inoltre di sviluppare un sistema aperto di miglioramento della qualità dell'offerta;
- la **connessione tra gli attori** vuole essere un punto qualificante della nuova programmazione regionale, molte volte invocata nelle osservazioni sulle *Linee guida per la*

riforma delle politiche sociali in Abruzzo. Anzitutto tra sociale e sanitario, ma anche tra il sociale e la scuola, il mondo del lavoro, della formazione, delle politiche per la casa. Connessioni produttive, finalizzate a sostenere percorsi di inserimento, coesione e aiuto alla persona. Questo sarà un punto qualificante di valutazione del nuovo Piano regionale e dei Piani di ambito. Anche nella direzione di far crescere attenzione verso l'area del "quotidiano problematico", del disagio non ancora conclamato, della fascia dei quasi-poveri che interessa una quota assai rilevante della popolazione. Come evidenziato nel profilo sociale, più di un quarto dell'intera popolazione abruzzese è a rischio di povertà o esclusione sociale, pari nel 2013, a circa 350.000 persone. A favore di esse occorre far crescere interventi di prevenzione delle fragilità e di tipo promozionale.

1.2. Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo

L'impatto delle politiche sociali è strettamente legato agli assetti istituzionali e organizzativi propri del sistema di servizi chiamato a darvi attuazione. In Abruzzo, la progressiva costruzione di un nuovo welfare regionale, avviata ancora prima della stessa legge 328/2000, è stata contraddistinta da scelte che hanno privilegiato fin dall'origine l'affermarsi dell'associazionismo tra gli enti locali e il consolidamento di un welfare sussidiario, in cui vengono valorizzate le risorse sociali del territorio.

Oggi il Piano sociale regionale intende proseguire quel percorso, favorendo la costruzione di assetti istituzionali e organizzativi più sostenibili e funzionali rispetto ai bisogni delle persone e delle famiglie, in grado di migliorare i processi di governance sociale. Si tratta di consolidare il ruolo di programmazione, coordinamento e verifica proprio della Regione e, contemporaneamente, di potenziare quello dei Comuni, quali titolari delle funzioni di programmazione e gestione a livello locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Questa prospettiva di cambiamento riguarda anche l'integrazione sociosanitaria, per la non ancora raggiunta coincidenza degli Ambiti sociali con i Distretti sanitari, con conseguenze negative soprattutto nell'attività di programmazione congiunta sociosanitaria e nella gestione delle risorse finanziarie, come quelle del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze.

L'esigenza del riassetto territoriale, istituzionale e organizzativo è motivata, infine, anche dalle disposizioni normative degli ultimi anni, tra le quali particolare rilievo hanno quelle concernenti le gestioni associate delle *funzioni fondamentali* dei Comuni, riservate alla competenza legislativa esclusiva dello Stato. Nell'elenco di tali funzioni è inserita anche quella della "progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini."

Il percorso verso un nuovo assetto istituzionale e organizzativo del sistema dei servizi sociali e sociosanitari trova la sua prima realizzazione con la nascita degli **Ambiti distrettuali sociali**, nel rispetto di una nuova zonizzazione che ha lo scopo – innanzitutto – di favorire la coincidenza territoriale con i Distretti sanitari.

L'articolazione dei nuovi Ambiti distrettuali sociali, in attuazione della L.R. n. 5/1998 (Piano sanitario regionale 2008-2010), è deliberata in un apposito provvedimento, adottato nel rispetto delle disposizioni normative finalizzate ad assicurare il raccordo con i Distretti sanitari (in particolare, l'articolo 8, comma 3, lett. a) della legge 328/2000 e gli articoli 2 e 3-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.). La specificità del provvedimento trova la sua motivazione anche nel ruolo che sono chiamati a svolgere i nuovi Ambiti distrettuali sociali: essi, oltre a rappresentare il riferimento

per l'integrazione sociosanitaria, costituiscono anche gli ambiti di dimensione ottimale e adeguata per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della già richiamata *funzione fondamentale sociale*.

La rappresentanza dell'Ambito distrettuale sociale e la responsabilità di indirizzo politico-amministrativo appartengono al Sindaco o, negli Ambiti formati da più Comuni, alla Conferenza dei Sindaci, che, per definire le proprie funzioni e modalità di funzionamento, si dota di un apposito regolamento, tenendo conto degli indirizzi del Piano sociale.

L'Ambito distrettuale rappresenta il nuovo riferimento territoriale per l'esercizio da parte dei Comuni della funzione di **programmazione locale** del sistema integrato, che ha la sua principale, anche se non esclusiva, realizzazione con il **Piano sociale dell'ambito distrettuale**. Nell'esercizio della funzione di programmazione, il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci sono chiamati anche ad attivare la concertazione preliminare con l'Azienda USL in materia di integrazione sociosanitaria, per la definizione delle scelte comuni al Piano di ambito e al Programma delle Attività Territoriali del Distretto.

L'Ambito distrettuale sociale è anche il territorio nel quale si attua la **gestione unitaria dei servizi sociali**, secondo gli assetti più funzionali alla gestione stessa, alla spesa conseguente ed ai rapporti con i cittadini. Assume grande rilievo il ruolo dell'**Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale Sociale (ECA)**, che assicura la regia dei processi istituzionali di competenza dell'Ambito ed esercita le funzioni di organizzazione ed erogazione dei servizi sociali. L'individuazione dell'Ente Capofila, come nel passato, viene formalmente deliberata dai Comuni appartenenti all'Ambito distrettuale sociale e ha una valenza temporale non limitata al periodo di durata del Piano sociale, essendo funzionale ad una definizione dell'assetto organizzativo generale e territoriale dell'Ambito stesso che abbia il carattere della continuità. Le scelte concernenti le forme di gestione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi da parte dell'Ambito distrettuale sociale, da adottare nel rispetto del D.Lgs. 267/2000, sono finalizzate ad assicurare la migliore organizzazione del sistema locale integrato. Esse tengono conto della possibilità di delega all'Azienda USL delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. Le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP), nelle more delle modifiche legislative della L.R. 17/2011, partecipano alla programmazione di ambito.

Le risorse necessarie per l'esercizio delle funzioni dell'Ambito distrettuale, in caso di gestioni associate, sono conferite dai Comuni all'Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale Sociale. Il Piano sociale favorisce la gestione associata a livello di Ambito distrettuale sociale, in particolare con specifiche incentivazioni previste in materia di politica regionale della spesa.

Negli Ambiti distrettuali formati da più Comuni, in modo particolare in quelli di maggiore estensione territoriale o caratterizzati da zone con specifici bisogni sociali o sociosanitari nel rispetto, in ogni caso, dei criteri predeterminati dal Piano sociale regionale, su proposta della Conferenza dei Sindaci, i Comuni interessati possono deliberare l'attivazione di forme separate di gestione associata dei servizi e di erogazione delle relative prestazioni. La forma associativa separata è ammessa nel rispetto delle scelte di programmazione e rendicontazione unitaria adottate a livello di Ambito distrettuale, in particolare attraverso il Piano sociale dell'Ambito distrettuale, e delle disposizioni in materia di associazionismo comunale obbligatorio per i piccoli Comuni. Le forme separate di gestione assumono la denominazione di **"Zone di Gestione Sociale"**, organizzate secondo quanto previsto dalla L. 267/2000, i cui Enti Gestori sono titolari della responsabilità in merito ai servizi assunti in gestione.

La politica della spesa del Piano sociale regionale determina su base capitaria una quota delle risorse destinate agli Ambiti distrettuali sociali, i quali ne tengono conto nella ripartizione delle risorse stesse fra i Comuni associati nella Zona di Gestione Sociale.

Lo strumento operativo dei nuovi assetti è identificato nell'Ufficio di Piano, struttura tecnica strategica per l'attuazione del Piano di ambito, che dovrà essere rafforzato sia in termini di competenze professionali che di collaborazioni interistituzionali, anche con la previsione di risorse di personale dell'azienda sanitaria per la parte dei servizi sociosanitari integrati.

1.3. Assetti, strategie e strumenti della programmazione partecipata

La Regione promuove la programmazione sociale partecipata come metodo di lavoro per la fase di pianificazione e per la fase di progettazione operativa, coinvolgendo i diversi *stakeholder* delle politiche sociali.

Promuovere una *governance* diffusa delle politiche sociali assume infatti il significato di adottare una metodologia negoziale finalizzata a implementare un processo condiviso di costruzione collettiva delle politiche, basato sul comune interesse a collaborare nella realizzazione di una rete unitaria e coordinata di servizi.

Tale orientamento deriva dalla stessa L.328/2000 che promuove, attraverso il Piano, una *governance* delle politiche sociali che prevede l'adozione della metodologia della progettazione partecipata ovvero di forme di progettazione che coinvolgono congiuntamente attori pubblici e privati che intendono partecipare con proprie risorse e competenze alla funzione pubblica. Si tratta di un metodo di lavoro che guarda all'efficacia della progettazione; si presuppone, infatti, che una partecipazione diffusa consenta maggiore ricchezza progettuale potendo contare su punti di vista, competenze e risorse plurime.

Queste condizioni vanno costruite nella programmazione regionale e territoriale. Recita l'art. 12, ai commi 2 e 3, dello Statuto della Regione Abruzzo:

“2. La Regione riconosce e promuove la partecipazione allo svolgimento delle funzioni regionali dei cittadini, dei residenti e dei soggetti sociali organizzati in forme democratiche.

3. La Regione riconosce e favorisce, nel rispetto della loro autonomia, forme democratiche di associazionismo ed assicura alle organizzazioni, anche temporanee, che esprimono interessi diffusi o collettivi il diritto di fare conoscere, scambiare e sostenere pubblicamente le loro opinioni, proposte e valutazioni sulle materie di competenza regionale, sia nelle scelte di programmazione e pianificazione che nella loro attuazione amministrativa. A tal fine la legge regionale istituisce e disciplina l'Albo Regionale della Partecipazione, prevede l'istituzione di Consulte Tematiche costituite dai soggetti iscritti all'Albo ed individua e disciplina ulteriori meccanismi di consultazione.”

In attuazione di queste norme statutarie, il Piano Sociale Regionale disegna un percorso di programmazione partecipata, facilitato dalle seguenti attenzioni metodologiche e di processo e relativi strumenti:

1) Riconoscimento e valorizzazione degli attori esistenti e del loro ruolo nel sistema di programmazione

- Riconoscimento del ruolo degli Enti Capofila di Ambito Distrettuale in veste di soggetti istituzionali che rappresentano l'ambito distrettuale, esercitano la funzione amministrativa in materia sociale assicurando la regia dei processi istituzionali di competenza dell'ambito stesso, anche attraverso l'Ufficio di Piano;
- Riconoscimento del ruolo dei Comuni sia all'interno degli Enti Capofila dell'Ambito Distrettuale che attraverso un loro maggiore concorso alla realizzazione di interventi sociali integrati nell'ambito dei nuovi Programmi 2014-2020 dei fondi strutturali e di investimento europei;
- Riconoscimento del Terzo settore come elemento fondante della partnership pubblico-privata, attraverso la facilitazione, nel rispetto delle norme vigenti, della co-progettazione dei servizi e della stipula di accordi con le pubbliche amministrazioni per la gestione condivisa e di rete delle reciproche risorse;
- Promozione e qualificazione delle professioni sociali attraverso la costituzione a livello regionale di una "*Conferenza permanente sulle professioni sociali in Abruzzo*", in collaborazione con gli Ordini degli Psicologi, degli Assistenti Sociali, delle associazioni professionali rappresentative, le Organizzazioni Sindacali, per studiare percorsi di promozione, valorizzazione e tutela degli operatori e di monitoraggio sulle condizioni di lavoro degli operatori sociali e per garantirne la formazione continua.

2) Valorizzazione dei luoghi di confronto già esistenti

Se nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria il ruolo di organo comune per l'esercizio associato delle funzioni disciplinate dalla Convenzione sociosanitaria sarà assunto dalla "Conferenza locale integrata sociosanitaria" (si veda § 2.1), si ritiene utile che vadano altresì valorizzati gli altri luoghi di confronto attivati tra gli attori sociali, come i **Tavoli di partecipazione a livello provinciale** e il **Tavolo di confronto con l'ANCI**, al fine di garantire lo scambio e le interazioni tra Comuni e Regione relativamente al nuovo assetto di governance sociosanitaria regionale e alla sua implementazione.

In termini di valorizzazione dei luoghi di confronto esistenti un'ulteriore direzione è rappresentata dall'**interazione e integrazione tra i diversi livelli di governance regionali**, come ad esempio la **Cabina di Regia regionale**, istituita con la DGR n. 149 del 26/02/2015 e individuata quale "organismo per la promozione, condivisione e confronto dell'elaborazione delle linee di indirizzo e di programmazione nel settore delle Politiche Sociali, nonché di azioni strategiche finalizzate alla stesura del Piano sociale 2016/2018".

3) Identificazione di nuovi luoghi stabili di confronto

Ai fini della predisposizione degli strumenti attuativi del 5° Piano sociale, si prevede la **possibilità di creare gruppi di lavoro tematici** con ricercatori, esperti, funzionari regionali e degli enti locali/ASL che abbiano attuato buone prassi nelle materie specifiche.

Tra i possibili strumenti:

- **Forum operativi** nei quali leggere insieme i bisogni e trovare le risposte più innovative per ciascuna risorsa sociale;
- **Comitato sociale regionale delle comunità locali**, costituito dai rappresentanti degli Ambiti, con lo scopo di raccogliere idee, ma anche di valutare i risultati.

A livello di ambito la programmazione partecipata deve favorire il coinvolgimento più ampio di tutti gli attori sociali ad un livello non formalistico o nominalistico, ma di effettivo contributo.

Gli attori intervenienti in sede locale nella fase di programmazione partecipata sono individuati nei Comuni ed Enti Capofila di Ambito, nei Distretti sanitari e nell'ASL, nei Consultori familiari, nelle

Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, nelle Istituzioni scolastiche, nella Provincia, nelle Associazioni, Cooperative, Organizzazioni di volontariato, Centri Servizi per il Volontariato, Organizzazioni sindacali per la fase di concertazione, Operatori e professionisti nel sociale, Cittadini, altri enti e istituzioni presenti sul territorio che operano nel settore sociale, etc.

Gli Ambiti distrettuali prevedono vari livelli di partecipazione, quali Forum aperti, Focus Group, Gruppi di lavoro, fermo restando il ruolo e i compiti dei Gruppi di Piano, secondo procedure definite nel Piano sociale regionale.

Successivamente, dopo aver individuato le strategie, gli Ambiti distrettuali potranno utilizzare anche lo strumento gestionale della co-progettazione mediante il ricorso a istruttorie pubbliche in fase attuativa.

Una specifica forma di progettazione partecipata, comprendente anche aspetti di tipo amministrativo finalizzati alla costruzione di partenariati fra pubblico e terzo e quarto settore, è, infatti, la **coprogettazione** (Art. 7, del D.p.c.m. 30 marzo 2001, «Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della Legge 8 novembre 2000, n. 328»).

La coprogettazione fra ente pubblico e terzo e quarto settore nasce con la funzione di allargare la *governance* delle politiche sociali locali per corresponsabilizzare maggiormente i soggetti in campo e per rafforzare il senso di appartenenza verso i progetti e i programmi promossi. La coprogettazione rappresenta una forma di collaborazione tra P.A. e soggetti della società civile per la realizzazione di attività e interventi in base al principio di sussidiarietà e fonda la sua funzione sui principi di trasparenza, partecipazione e sostegno dell'impegno privato nella funzione pubblica sociale.

L'attuale quadro richiede all'ente pubblico, cooperativa o impresa sociale, di porsi in una relazione di *partenariato* che modifica il carattere dei loro "contratti" e li invita a co-progettare, in un'ottica di corresponsabilità, facendo i conti con nuove modalità operative e interorganizzative e nuove strategie relazionali da mettere in campo.

La Delibera n. 32 del 20 gennaio 2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), recante "**Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali**", dedica uno specifico capitolo proprio alla co-progettazione.

Per coprogettazione da un punto di vista "contrattuale" si intende una modalità di affidamento e gestione della realizzazione di iniziative e interventi sociali attraverso la costituzione di una partnership tra Pubblica Amministrazione e soggetti del privato sociale; per coprogettazione da un punto di vista metodologico si intende "un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal terzo settore, coinvolti in una relazione di partenariato".

La buona ragione per la quale questi soggetti si aggregano ovvero lo scopo o *mission* della coprogettazione è di integrare le risorse più vitali dei sistemi di welfare sociale (del pubblico e del terzo settore) al fine di sviluppare i sistemi stessi, generando nuove e sperimentali modalità di approccio ai problemi sociali.

Pertanto, **si coprogetta quando ci si trova di fronte a problemi sociali che richiedono soluzioni innovative e sperimentali** per le quali si ritiene che l'efficacia della progettazione sia favorita dalle competenze complementari degli attori pubblici e del terzo settore da coinvolgere. Ciò può essere legato sia alla consapevolezza di specifiche problematiche nuove particolarmente rilevanti nel

territorio di riferimento, sia ad uno stimolo a progettare che proviene da un bando e da altra opportunità di finanziamento che richiede espressamente l'integrazione pubblico-privato.

Peculiarità specifiche della coprogettazione sono, in questo quadro, la presenza di forme di partenariato fra i due soggetti in campo e i contenuti innovativi e sperimentali della progettazione richiesta.

Il riquadro seguente sintetizza per punti quanto fin qui esposto in tema di coprogettazione:

CO-PROGETTAZIONE	
Riferimenti normativi	Art. 7, del D.p.c.m. 30 marzo 2001, «Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della Legge 8 novembre 2000 n. 328» «al fine di affrontare specifiche problematiche sociali, valorizzando e coinvolgendo attivamente i soggetti del terzo settore, i comuni possono indire istruttorie pubbliche per la coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali su cui i soggetti del terzo settore esprimono disponibilità a collaborare con il comune per la realizzazione degli obiettivi.»
Scopo “mission”	Integrare le risorse più vitali dei sistemi di welfare sociale (del pubblico e del terzo settore) al fine di sviluppare i sistemi stessi generando nuove e sperimentali modalità di fronteggiamento dei problemi sociali.
Definizione “amministrativa”	Una modalità di affidamento e gestione della realizzazione di iniziative e interventi sociali attraverso la costituzione di una partnership tra Pubblica Amministrazione e soggetti del privato sociale.
Definizione metodologica	Un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal terzo settore, coinvolti in una relazione di partenariato.
Attori in campo	Uffici di piano e Soggetti del terzo settore
Quando si coprogetta	Quando ci si trova di fronte a problemi sociali che richiedono soluzioni innovative e sperimentali per le quali si ritiene che l'efficacia della progettazione sia favorita dalle competenze complementari degli attori da coinvolgere. Quando lo stimolo a progettare proviene da un bando e da altra opportunità di finanziamento che richiede espressamente la integrazione pubblico privato.
Peculiarità	Partenariati, contenuti innovativi e sperimentali dei progetti.

La co-progettazione si configura, pertanto, come strumento per favorire l'innovazione nei rapporti fra Pubblica Amministrazione e Terzo settore su specifiche tematiche, che richiedono non tanto un approccio prestazionale, ma un insieme di interventi, azioni e servizi in cui ciascun attore mette le proprie risorse a disposizione.

L'ANAC ricorda che “al fine di garantire la correttezza e la legalità dell'azione amministrativa, le amministrazioni, nel favorire la massima partecipazione dei soggetti privati alle procedure di co-progettazione, devono mantenere in capo a se stesse la titolarità delle scelte. In particolare, devono predeterminare gli obiettivi generali e specifici degli interventi, definire le aree di intervento, stabilire la durata del progetto e individuarne le caratteristiche essenziali, redigendo un progetto di massima che serve anche a orientare i concorrenti nella predisposizione della proposta progettuale”.

Le fasi del processo di co-progettazione sono così individuate dall'ANAC:

- a) pubblicazione di un avviso di interesse con cui si rende nota la volontà di procedere alla co-progettazione. Nell'avviso sono indicati un progetto di massima, nonché i criteri e le modalità che saranno utilizzati per l'individuazione del progetto o dei progetti definitivi;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti partner dell'ente mediante una selezione volta a valutare i seguenti aspetti:
 - possesso dei requisiti di ordine generale (al riguardo sembra opportuno adottare i criteri previsti dall'art. 38 del Codice dei Contratti), tecnici, professionali e sociali (tra cui l'esperienza maturata);
 - caratteristiche della proposta progettuale;
 - costi del progetto;
- c) avvio dell'attività vera e propria di co-progettazione, con la possibilità di apportare variazioni al progetto presentato per la selezione degli offerenti;
- d) stipula della convenzione.

Più in generale, in materia di affidamento dei servizi, il Piano sociale regionale e i relativi strumenti attuativi intendono rispettare e far rispettare i principi richiamati dalla Deliberazione ANAC, soprattutto per quanto concerne la legalità e la trasparenza degli affidamenti e al tempo stesso la tutela dei lavoratori e l'applicazione dei contratti nazionali di lavoro.

La recente L.R. 25/2015 “Disciplina delle Cooperative di Comunità” e la L.R. 7/2016 “Modifica alla legge regionale 12 novembre 2004, n. 38 (Riordino della normativa in materia di cooperazione sociale)”, che ha introdotto le cooperative miste di tipo A e di tipo B, offrono ulteriori strumenti, flessibili e innovativi, a disposizione delle comunità locali della regione Abruzzo per gestire servizi e interventi di maggiore prossimità in direzione di un welfare generativo e relazionale.

Tra gli strumenti già in dotazione degli ambiti sociali va opportunamente valorizzata la “**Carta per la cittadinanza sociale**”, strumento informativo e di partecipazione, contenente i principi, metodi e servizi sui quali si articola il welfare territoriale.

Al fine di garantire lo sviluppo di forme di democrazia e cittadinanza attiva, in un'ottica di promozione della **responsabilizzazione delle reti sociali**, le famiglie e le organizzazioni di rappresentanza civica saranno sostenute nel mutuo-aiuto, nel rafforzamento delle proprie competenze, nell'auto-tutela sociale e nella capacità di gestire le problematiche della quotidianità.

1.4. Le scelte della nuova programmazione: accesso al sistema, autorizzazione e accreditamento

La nuova programmazione dei servizi mette al centro lo sviluppo della loro qualità e della loro efficacia in relazione ai bisogni che il territorio della regione Abruzzo esprime. Questo orientamento riguarderà due ambiti in modo particolare: l'accesso alla rete dei servizi e il sistema dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento di servizi e strutture.

L'accesso al sistema dei servizi rimane un nodo cruciale per avvicinare i bisogni alla rete delle risposte. Come abbiamo visto nel Profilo sociale della regione Abruzzo, rimane ampia la distanza tra la rete dei servizi e i bisogni della popolazione, che in larga maggioranza – come nel caso della non autosufficienza – risponde da sola alle proprie esigenze. Vanno sviluppati luoghi di primo livello che informino e che comunichino proattivamente le informazioni alle famiglie, cioè luoghi

che “si fanno vicini alle famiglie”. Occorre porre attenzione a come questa informazione viene comunicata, diffusa, resa disponibile e intercettata dal bisogno potenziale.

Va ripreso nella regione l'impegno per unificare e sviluppare **Punti Unici di Accesso** (PUA), realmente attivi solo in un numero limitato di Ambiti, e intesi come *luoghi costituiti a livello di Ambito distrettuale, ma con indirizzi omogenei nella regione, che informano e orientano i cittadini e che predispongono l'ingresso nella rete dei servizi*. La funzione principalmente assunta dai Pua deve essere quella di uniformare e semplificare l'accesso dei cittadini al sistema dei servizi attraverso informazioni e prime valutazioni delle condizioni di bisogno. I Punti unici di accesso sono uno strumento di integrazione potenzialmente rilevante perché impone a soggetti diversi di far parte di una rete, scambiarsi informazioni, contribuire alla regolazione degli accessi alla rete d'offerta.

Sarà necessario **rafforzare l'integrazione dell'accesso sociale nell'ambito del PUA**, secondo quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di rientro sanitario n. 107/2013 del 20.12.2013 “Attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale - linee guida regionali” (BURA Ordinario n. 1 dell'8 gennaio 2014), anche con la previsione di ulteriori missioni. Infatti, nell'ottica della progressiva integrazione dei servizi sociosanitari, il PUA rivestirà un ruolo centrale anche per l'accesso ai servizi sociali e per il coordinamento degli interventi. Il potenziamento del ruolo dell'assistente sociale nell'ambito della **Unità di Valutazione Multidimensionale** assume altresì un carattere prioritario, anche e soprattutto a partire dai servizi per la non autosufficienza. In questo senso, sia il Segretariato sociale che il Servizio sociale professionale possono essere rifunzionalizzati a livello gestionale favorendo e rafforzando la piena integrazione con la componente sanitaria e garantendo una più diffusa capillarità territoriale, facilitando l'accesso ai servizi anche nelle zone più periferiche e interne.

Il modello di riferimento è quello del “*One stop shop*”, del luogo unico che offre risposte diverse e le integra. Questi luoghi devono connettere, valorizzandole, le diverse offerte informative già esistenti nei territori. Serve per questo un grande lavoro di collaborazione e di ricomposizione, anche attraverso la predisposizione di appositi protocolli, su due assi: tra pubblico, privato sociale e parti sociali (pensiamo alle associazioni, i sindacati, la cooperazione sociale, il mondo ecclesiale) e tra comparti diversi del pubblico, quali il sociale, sociosanitario e sanità (Comuni, Distretti Asl, Ospedali).

Strumento di regolazione dei rapporti di sussidiarietà tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore è, per i servizi preventivamente autorizzati, **l'accreditamento**.

Lo possiamo definire come una modalità di esternalizzazione dei servizi sociali, che consiste nel riconoscimento del possesso di una serie di requisiti strutturali organizzativi e di qualità a soggetti privati per erogare servizi o prestazioni sociali; si tratta di una definizione del tutto coerente con quella espressa nella L.R. 2 del 2005 (“Disciplina delle autorizzazioni al funzionamento e dell'accreditamento di soggetti eroganti servizi alla persona”) che recita (art. 7): “si definisce accreditamento il provvedimento mediante il quale viene riconosciuta l'idoneità, ai soggetti già autorizzati al funzionamento, ai sensi della presente legge, ad essere fornitori di enti pubblici”. Ai soggetti accreditati è, in altre parole, riconosciuta la compartecipazione alla funzione pubblica, in virtù della quale essi possono erogare servizi in nome e per conto dell'ente accreditante, sulla base di patti o accordi convenzionali.

La Delibera n. 32/2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), già richiamata, afferma perentoriamente che: "L'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento sono previsti come **condizioni imprescindibili** per la conduzione delle strutture residenziali e semiresidenziali da parte di soggetti pubblici o privati". Per tale imprescindibilità occorre oggi lavorare anche nella Regione Abruzzo per ridare impulso a questa disciplina.

L'ANAC si sofferma innanzitutto sull'autorizzazione, spiegando che "il relativo rilascio deve essere subordinato al possesso di requisiti di onorabilità e di capacità professionale e tecnica e deve avvenire nel rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e concorrenza, individuando preventivamente le procedure e i criteri di valutazione adottati per la selezione dei soggetti. I criteri di valutazione devono riguardare gli aspetti organizzativi, gestionali e metodologici, le garanzie offerte agli utenti e la qualità dei progetti educativi proposti. Al fine di garantire la qualità delle prestazioni e il raggiungimento degli obiettivi, devono essere previste attività di monitoraggio e di verifica periodica dell'esecuzione del contratto".

L'accreditamento è uno strumento imprescindibile per riconoscere e certificare la qualità di interventi e servizi nella prospettiva di forme di contratto con gli enti pubblici, pur nella diversità dei modelli adottati dalle Regioni (modello del governo pubblico, con limitazione dei soggetti; modello dell'accreditamento libero concesso a tutti i possessori dei requisiti; modello degli accordi contrattuali).

Nella regione Abruzzo, contesto nel quale soggetti del Terzo Settore ed enti pubblici collaborano in modo organico e strutturato, si può pertanto pensare all'accreditamento, in questa fase, come ad uno strumento in grado di definire la qualità desiderata di una rete di servizi, nella prospettiva di riconoscere la qualità erogata: "l'accreditamento è condizione necessaria per la partecipazione, secondo la vigente normativa, a procedure di affidamento di servizi sia ad evidenza pubblica, sia in forma diretta, ristretta e negoziata, ovvero per la partecipazione ad accordi o contratti di programma" (L.R. 2/2005, art. 8 c 3).

Il Piano sociale regionale introduce i principi e le linee strategiche dell'accreditamento sperimentale su un range definito di servizi e dell'autorizzazione che lo precede, con appositi indirizzi.

Allo stato attuale, nella Regione Abruzzo, la materia dell'**autorizzazione al funzionamento** delle strutture sociali e sociosanitarie è regolata da diverse discipline:

- la Delibera della G.R. 12 dicembre 2001, n. 1230, concernente le "Direttive Generali Provvisorie" in ordine ai procedimenti amministrativi di autorizzazione, da parte dei Comuni, al funzionamento dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, in attuazione del D.M. 21 maggio 2001, n. 308;
- la L.R. 76/2000 "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia", la successiva DGR 565/2001 contenente le disposizioni attuative, la DGR 833/2015 in materia di sperimentazione dell'accreditamento dei servizi per la prima infanzia;
- la L.R. 2/2005, di fatto non ancora implementata per assenza del Regolamento attuativo, sebbene la Giunta Regionale abbia recentemente attivato un Gruppo di lavoro apposito;
- la L.R. 31 luglio 2007, n. 32 "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private".

L'erogazione dei servizi da parte di soggetti diversi dagli enti pubblici titolari delle funzioni di gestione prevederà, pertanto, che sussistano, in capo ai soggetti stessi, le seguenti condizioni:

- 1) **Autorizzazione**, rilasciata da parte del Comune nel cui territorio il servizio o la struttura è ubicata come forma di riconoscimento per erogare servizi e interventi alla cittadinanza e che dovrà prevedere il superamento della disciplina provvisoria, vigente da circa 15 anni, con rilevanti problemi gestionali e di controllo;
- 2) **Accreditamento** di specifici servizi e strutture, che consente di erogare servizi ed interventi con una funzione pubblica e costituisce condizione preliminare e necessaria per l'instaurazione di rapporti di tipo contrattuale con i soggetti pubblici della rete integrata regionale. Esso è disposto sulla base degli indirizzi regionali, previa apposita istruttoria tecnica, e presuppone il possesso di specifici requisiti di adeguatezza e di qualità, che danno titolo di Ente erogatori accreditati dei servizi sociali.

Con lo strumento dell'accREDITamento, pertanto, si innova il sistema regionale del welfare e ci si propone di assicurare una maggiore coerenza con il sistema complessivo di regolamentazione e programmazione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari. Le procedure autorizzative e di accREDITamento verranno adottate in modo incrementale per le diverse tipologie di servizi ed intervento.

Si procederà in due fasi:

- a) la definizione dei requisiti di autorizzazione al funzionamento dei servizi;
- b) l'avvio di un sistema di accREDITamento sperimentale in alcuni servizi, anche sulla base degli apprendimenti generati da quanto già realizzato in particolare per gli Asili Nido.

In particolare per ciascuna tipologia di servizi e interventi sperimentali, la Regione fisserà gli obiettivi specifici dell'accREDITamento, che faranno da corollario al **principale obiettivo della riqualificazione dei servizi per corrispondere ad una crescente e più consapevole domanda dei cittadini**. Gli obiettivi specifici rappresenteranno i criteri che istruiranno la definizione dei requisiti di accREDITamento. In termini generali, e da integrare per le specifiche tipologie di intervento, tali obiettivi potranno essere:

- una innovazione del sistema di relazioni sociali che costituiscono la *welfare community* locale, con la ridefinizione del rapporto tra soggetti pubblici e privati, dove ai primi è sostanzialmente affidata la titolarità della funzione di programmazione, di allocazione delle risorse e di committenza, mentre ai secondi, sulla base di specifiche e accertate competenze tecnico-professionali, organizzative, imprenditoriali, è richiesto lo svolgimento di compiti di erogazione dei servizi;
- la regolazione del mercato di offerta dei servizi socio assistenziali da porre in correlazione al fabbisogno assistenziale;
- la trasparenza delle gestioni e la responsabilizzazione degli erogatori;
- la tutela del lavoro tramite la qualificazione delle professionalità e il rigoroso rispetto dei contratti collettivi di lavoro di riferimento;
- la tutela e la promozione della qualità quale caratteristica prioritaria nelle modalità di erogazione dei servizi;
- la determinazione delle condizioni preliminari necessarie per la definizione e omogeneità dei costi a livello regionale.

PARTE II – ASSETTO DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

2.1. Strategie e strumenti di integrazione sociosanitaria

L'attuazione di percorsi efficaci e continuativi di integrazione sociosanitaria richiede la messa in campo di un insieme coerente e coordinato di azioni diverse, in grado di creare connessioni, collaborazioni e allineamento tra il settore delle cure sanitarie e quello dell'assistenza.

I tre livelli di azione integrata individuati dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, *istituzionale*, *gestionale* e *professionale*, rappresentano ancor oggi il giusto quadro di riferimento nel quale collocare le scelte necessarie per poter dare risposta concreta ai *bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale* (D.Lgs. 229/1999).

In Abruzzo, il percorso verso l'integrazione sociosanitaria è segnato da risultati significativi e da nodi ancora da sciogliere. I punti di forza sono soprattutto afferenti ai livelli gestionali e professionali di integrazione. Si possono ricordare, senza pretesa di completezza, le numerose sperimentazioni attuate a livello territoriale attraverso progetti-obiettivo congiunti fra Ambiti territoriali e Distretti sanitari, finalizzati spesso alla lettura dei bisogni complessi; la valorizzazione e diffusione del Punto unico di accesso, individuato come risorsa a disposizione dei cittadini e degli operatori sia sociali che sanitari; l'attenzione riservata alle cure domiciliari integrate, concretizzata con la D.G.R. n. 224/2007 e il conseguente modello di "cartella domiciliare integrata"; lo sviluppo dei Piani locali per la non-autosufficienza, predisposti grazie al raccordo gestionale e professionale tra sanità e sociale.

Gli aspetti critici da affrontare appartengono soprattutto al livello dell'**integrazione istituzionale**, del quale fanno parte le diverse scelte finalizzate a promuovere e facilitare le collaborazioni fra le istituzioni chiamate ad organizzarsi per conseguire obiettivi comuni di salute. Spesso i vuoti di integrazione si possono spiegare proprio con l'assenza o l'incompletezza delle indicazioni attuative per i livelli istituzionali, destinate a precisare le rispettive responsabilità e le funzioni da svolgere nella realizzazione e verifica delle azioni di integrazione sociosanitaria.

Tra le diverse modalità volte a definire compiutamente un nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'integrazione sociosanitaria in Abruzzo, oltre alla coincidenza territoriale degli Ambiti distrettuali sociali con i Distretti sanitari, assume particolare rilievo l'attività di regolazione del sistema destinata a rendere compatibili le scelte programmatiche e le azioni attuative riconducibili ai diversi livelli di governo dell'integrazione. Nell'espletamento di tale azione, la Regione ha il compito di adottare la concreta disciplina dei criteri e delle modalità mediante i quali i comuni e le aziende USL sono chiamati a garantire l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza. Più in particolare, si tratta di individuare gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari. (Art. 8-septies, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.).

L'azione di regolazione può articolarsi attraverso scelte diversificate, orientate verso un processo di programmazione e attuazione dell'integrazione sociosanitaria su tutto il territorio regionale, caratterizzato dai requisiti della unitarietà di impostazione e della omogeneità di risposte in presenza di uguali bisogni di salute delle persone.

Fra le possibili scelte, alcune consegnate alla competenza normativa, il Piano sociale individua innanzitutto lo sviluppo della programmazione integrata, per la caratteristica che essa possiede di orientare e coordinare gli obiettivi, l'attività e le risorse dei diversi livelli istituzionali coinvolti. In tale direzione, oltre all'**accordo di programma** tra l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda USL per l'adozione del piano sociale di ambito, di cui all'articolo 19 della legge 328/2000, vengono previsti nuovi strumenti e modalità operative, come di seguito specificato:

- **Concertazione preliminare** fra la Conferenza dei Sindaci dell'Ambito distrettuale sociale (il Sindaco negli Ambiti monocomunali) e la Direzione generale dell'Azienda USL, per la definizione delle scelte fondamentali in materia di programmazione sociosanitaria relative alle azioni da attuare negli Ambiti distrettuali e nei Distretti sanitari. La concertazione, in particolare, persegue l'obiettivo di assicurare che il Programma delle attività territoriali del Distretto e il Piano dell'Ambito *“siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie”*, secondo quanto indicato dal primo (e unico) Piano sociale nazionale (D.P.R. 3 maggio 2001. Piano sociale nazionale 2001-2003).
- **Convenzione sociosanitaria**, quale strumento per l'esercizio associato a livello territoriale dell'integrazione sociosanitaria, da stipulare fra l'Ambito e l'Azienda USL, con la finalità di favorire l'unitarietà del processo programmatico sociale e sanitario, imperniato sulla collaborazione continua fra l'Ambito e l'Azienda USL. La convenzione definisce gli impegni degli enti aderenti e disciplina, in particolare, nei limiti della programmazione regionale di settore:
 - a) la realizzazione dei servizi sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3-septies del D.Lgs. 502/1992 e al D.P.C.M. 14 febbraio 2001;
 - b) le modalità organizzative prescelte per il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati, per la localizzazione dei presidi nel territorio di competenza, per il sistema di controllo e certezza dei costi (nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, distrettuale sociale e aziendale), per l'innovazione organizzativa tecnica e gestionale nei servizi sociosanitari a livello di Ambito distrettuale e di Distretto sanitario;
 - c) le modalità di impiego del personale che opera per l'esercizio associato, proveniente dall'Azienda USL e dagli enti locali associati.
- **Conferenza locale integrata sociosanitaria**, costituita dalla Conferenza dei Sindaci dell'Ambito distrettuale sociale (dal Sindaco negli Ambiti monocomunali) e dal Direttore generale dell'Azienda USL o suo delegato, che assume il ruolo di organo comune per l'esercizio associato delle funzioni disciplinate dalla Convenzione sociosanitaria.

Altro aspetto di fondamentale importanza per la qualificazione delle prestazioni integrate e per l'ottimizzazione delle risorse disponibili è rappresentato dall'organizzazione di percorsi di accesso unitari e semplificati al sistema dei servizi sociosanitari. Come sottolineato nel precedente paragrafo, la **regolazione dell'accesso** incide direttamente sulla concreta esigibilità e fruibilità dei servizi e deve svilupparsi secondo procedure e riferimenti idonei a gestire congiuntamente i bisogni complessi, consentendone la valutazione sulla base di competenze multiprofessionali e garantendo uguaglianza di risposte a parità di condizioni di partenza. Si tratta di un obiettivo che richiede, oltre a un'evoluzione gestionale e organizzativa dei servizi per l'accesso, anche un processo di adeguamento delle regolamentazioni esistenti, troppo spesso caratterizzate – anche per le prestazioni sociosanitarie – dalla eterogeneità di procedure, di requisiti e di modalità organizzative.

È da considerare, inoltre, il problema dell'accertamento della situazione economica, che influisce non solo sull'accesso ai servizi, ma anche sulla compartecipazione alla spesa per la fruizione dei servizi stessi. L'applicazione dell'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente), nella

sua nuova veste introdotta dal 2015 (DPCM n. 159 del 5/12/2013), non è di per sé risolutiva, in quanto basata in parte su parametri predeterminati dagli enti gestori dei servizi, che possono anche variare notevolmente sul territorio.

Il Piano sociale si propone di avviare un percorso di costruzione di un sistema di accesso ai servizi sociosanitari più equo ed omogeneo, pur nel rispetto delle specifiche e diverse realtà organizzative, in grado di garantire la valutazione professionale del bisogno e la coerente progettazione personalizzata dei conseguenti interventi. Sarà richiesta, a tale scopo, l'adozione di Regolamenti coordinati di accesso ai servizi a livello di Ambito distrettuale e di Distretto sanitario attraverso l'emanazione di appositi indirizzi regionali contenenti, in particolare:

- la previsione di forme appropriate e misure comuni di regolazione dell'accesso, destinate ad assicurare la tempestività e la semplicità delle procedure, sia sociosanitarie che amministrative;
- gli assetti organizzativi e regolamentari in grado di facilitare l'accesso ai servizi in condizioni di equità;
- l'organizzazione dell'attività di valutazione professionale del bisogno e di progettazione personalizzata degli interventi;
- le disposizioni in materia di partecipazione dell'utente e dei suoi familiari alla fase di accesso al servizio.

A livello di servizi l'integrazione sociosanitaria dovrà mettere al centro la persona, con la revisione e l'ottimizzazione dello strumento che consente la gestione coordinata dei servizi integrati, ovvero il **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**, che dovrà essere progettato, gestito, monitorato, informatizzato e costantemente aggiornato a cura sia degli operatori sociali che sanitari.

Le aree di **integrazione dei servizi sociali e sanitari** sono principalmente individuate nell'ambito dei **servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali**, nell'area della **non autosufficienza**, della **disabilità**, della **salute mentale adulta e dell'età evolutiva**, dell'**assistenza ai minori** e delle **dipendenze**.

PARTE III - ASSETTI GESTIONALI E FINANZIARI

3.1. La gestione coordinata delle risorse e l'assetto finanziario integrato del sistema

Una strategia-chiave del Piano sociale regionale 2016-2018 è il **coordinamento della programmazione** e la **progressiva integrazione fra i sistemi** che concorrono al benessere sociale e di salute delle persone.

Le tre **direttrici strategiche** della nuova stagione delle politiche sociali in senso ampio sono:

1. **il coordinamento fra gli strumenti di programmazione** sia a livello regionale che a livello locale con la definizione di veri **Piani sociali di ambito distrettuale**, che diventano contenitori pluridimensionali di strategie più ampie della sola pianificazione dei servizi sociali e che hanno la capacità di identificare lo scenario sociale e il contesto comunitario in cui si andranno a collocare tutte le azioni di sviluppo del benessere sociale e di salute per il prossimo triennio;
2. **il coordinamento fra i sistemi e la loro progressiva integrazione**, anche attraverso apposite modifiche normative, quali fattori chiave che concorrono alla cura della persona e allo sviluppo sociale, ovvero il sistema dei servizi e degli interventi sociali (cardine del Piano sociale di ambito distrettuale), il sistema sociosanitario e sanitario, il sistema dell'istruzione, della formazione e del lavoro, il sistema dell'abitare, i sistemi socio-economici territoriali, etc.;
3. **la gestione integrata delle risorse finanziarie**, che, pur nella specificità delle programmazioni di settore e dei vincoli di spesa, segue una programmazione coerente con le scelte del Piano sociale regionale e di ambito distrettuale.

Il Piano sociale regionale definisce l'attuazione delle tre direttrici strategiche.

Il **coordinamento fra gli strumenti di programmazione** si realizza attraverso la definizione delle scelte strategiche del Piano regionale nei seguenti ambiti:

- **la definizione degli obiettivi essenziali di servizio** (cfr. § 4.2) da garantire su tutto il territorio regionale, che i singoli ambiti distrettuali, sulla base dei rispettivi profili sociali locali e delle scelte strategiche coerenti con il Piano sociale regionale, dimensioneranno alla luce degli effettivi fabbisogni zionali;
- **le linee guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza** finanziati dal Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, superando l'attuale sistema annuale basato sull'atto di indirizzo regionale, per la gestione delle risorse per la Vita Indipendente di cui alla L.R. 57/2012 e degli interventi per i minori con malattie rare e disabilità gravissime;
- **gli indirizzi per la gestione coordinata degli interventi di inclusione sociale, ricomprendenti le azioni previste nell'Obiettivo Tematico 9 del P.O. FSE 2014-2020 della Regione Abruzzo**, che prevederanno il coordinamento locale degli interventi nell'Ente Capofila di ambito sociale, le azioni che saranno sviluppate dal PON FSE "Inclusione sociale" e dai fondi stanziati con la legge di stabilità 2016 per il Piano di contrasto alla povertà, gli interventi di cui alla L.R. 29/2006 per il sostegno alimentare alle persone in povertà); in questo ambito saranno attuate in Abruzzo le **Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta**, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 05.12.2015;
- **gli indirizzi per il sostegno alla genitorialità e alla famiglia e per il contrasto alla violenza domestica**, declinando le priorità previste dalla L.R. 95/95, dalla L.R. 31/2006 sui

- centri antiviolenza, dalle risorse per il piano nazionale contro la violenza sessuale e di genere;
- **le priorità programmatiche per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia** sulla base delle risorse stanziare dal piano governativo del 2015 (DGR 105/2016), dai fondi relativi agli obiettivi di servizio del Fondo di Sviluppo e Coesione e dalle altre risorse specifiche;
 - **gli indirizzi programmatici per favorire la piena partecipazione sociale delle persone con disabilità**, in attuazione della Convenzione ONU delle persone con disabilità;
 - **le linee guida per la programmazione coordinata del Piano delle attività territoriali (PAT)** dei Distretti sanitari, previsto anche dalla L.R. 5/2008, **e del Piano sociale di ambito distrettuale**, anche attraverso la loro coincidenza temporale e gli atti di raccordo;
 - **gli indirizzi per la partecipazione degli utenti al costo dei servizi sociali e sociosanitari** secondo fasce proporzionali di reddito e con soglie di esclusione.

A livello regionale, il **Piano sociale regionale coordinato e integrato** promuove la progressiva riunificazione di tutti gli strumenti di pianificazione sociale, accompagnata da un contestuale adeguamento delle normative di settore. In particolare, il Piano propone:

- **un nuovo disegno strategico delle politiche per la famiglia**, che diventano parte integrante del Piano sociale regionale e di ambito distrettuale, con la conseguente necessità di revisione della L.R. 95/95 e la previsione della devoluzione delle altre risorse ai Piani sociali di ambito;
- **il superamento di tutte le forme di erogazione economica diretta della Regione ai singoli utenti beneficiari finali dei servizi e delle prestazioni sociali** e il trasferimento delle relative competenze agli Ambiti distrettuali; la Regione non può, infatti, essere considerata un ente di accesso ai servizi sociali e alle prestazioni, che devono essere demandati integralmente agli Ambiti distrettuali; con questa strategia dovrà essere avviata la revisione della L.R. 57/2012, demandando agli ambiti la selezione dei beneficiari del contributo collegato alla Vita Indipendente e al tempo stesso di tutte le forme collegate a benefici economici agli utenti;
- il superamento dell'Atto di indirizzo e del Piano Locale della Non Autosufficienza di durata annuale e **l'inserimento delle azioni per la non autosufficienza nel Piano sociale regionale e nel Piano sociale di ambito distrettuale**;
- **il raccordo e la programmazione coordinata con il P.O. FSE 2014-2020 per le azioni dell'Obiettivo Tematico 9 per l'inclusione sociale**. Il Piano FSE prevede, infatti, che "la strategia regionale di inclusione attiva deve basarsi su una **forte integrazione e creare sistema tra i diversi attori pubblici e privati che operano in tale contesto, superando le tante frammentazioni esistenti e sviluppando un sistema di valutazione che consenta di verificare gli impatti delle politiche attivate**. Si tratta di rafforzare i diritti di cittadinanza attraverso la costruzione di reti solidali tra Regione, Comuni, ASL, Servizi per il lavoro e le diverse associazioni e organizzazioni del terzo settore che collaborino in modo sistematico per elevare i livelli di protezione sociale, combattere le vecchie e nuove forme di esclusione sociale e consentire a tutti i cittadini di sviluppare le proprie potenzialità. Tali reti, che dovranno avere la regia territoriale pubblica presso gli Enti di ambito sociale, vanno costruite anche al fine di rafforzare le capacità di intercettare tale categoria di soggetti che spesso sfuggono alle rilevazioni ufficiali o non vengono raggiunti dalle campagne informative e di comunicazione anche per difficoltà di accesso alle stesse".

Un importante contributo di strategia integrata di pianificazione delle politiche sociali viene proprio dall'**ASSE 2 – INCLUSIONE SOCIALE del P.O. FSE 2014-2020** che prevede l'obiettivo

tematico “9i) Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà e ogni discriminazione” e che vede un ruolo diretto e attivo di tutte le organizzazioni del territorio per un investimento complessivo di circa 32 milioni di euro. Già con il precedente Piano, l'azione “Abruzzo Inclusivo” ha permesso di sperimentare una nuova metodologia che vede il protagonismo degli ambiti nella programmazione degli interventi e che sarà proseguita anche nel futuro. I risultati attesi sono:

- 9.1: Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale.
- 9.2: Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili.
- 9.7: Rafforzamento dell'economia sociale.

Le tipologie di azione, ricomprese nella misura e che potranno entrare a far parte della strategia dei Piani di ambito distrettuale per l'inclusione sociale, sono:

- 9.1.2: Servizi sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione;
- 9.1.3: Sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica anche attraverso il ricorso a strumenti di ingegneria finanziaria, tra i quali il micro-credito, e strumenti rimborsabili eventualmente anche attraverso ore di lavoro da dedicare alla collettività;
- 9.1.4: Sperimentazione di alcuni progetti di innovazione sociale sottoposti a valutazione di impatto;
- 9.1.5: Alfabetizzazione e inclusione digitale con particolare riferimento ai soggetti e cittadini svantaggiati;
- 9.2.1: Interventi di presa in carico multiprofessionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati;
- 9.2.2: Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali. Misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa.
- 9.2.3: Progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento, ai minori stranieri non accompagnati, ai beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria e umanitaria e alle persone a rischio di discriminazione;
- 9.2.4: Sostegno alle imprese per progetti integrati per l'assunzione, l'adattamento degli ambienti di lavoro, la valorizzazione delle diversità nei luoghi di lavoro. Sviluppo e diffusione delle tecnologie assistite finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità.
- 9.7.1: Promozione di progetti e di partenariati tra pubblico, privato e privato sociale finalizzati all'innovazione sociale, alla responsabilità sociale di impresa e allo sviluppo del welfare community;
- 9.7.2: Promozione dell'inclusione sociale da realizzarsi nell'ambito della responsabilità sociale d'impresa;
- 9.7.3: Rafforzamento delle imprese sociali e delle organizzazioni del terzo settore in termini di efficienza ed efficacia della loro azione;
- 9.7.4: Rafforzamento delle attività delle imprese sociali di inserimento lavorativo;
- 9.7.5: Sperimentazione di alcuni progetti di innovazione sociale nel settore dell'economia sociale.

Il P.O.FSE dedica, altresì, alla sinergia con il Piano sociale regionale anche le misure dell'O.T. 8iv) relativo all'uguaglianza tra uomini e donne e alle misure di conciliazione, dell'O.T. 8ii) per l'integrazione sostenibile dei giovani, dell'O.T. 8vii) per il miglioramento della governance integrata fra Ambiti sociali e Servizi per l'Impiego.

Un'importante complementarità potrà essere attivata anche con il **Piano di Sviluppo Rurale 2014-2020** in materia di inclusione sociale nelle aree rurali e con una forte interazione fra GAL (Gruppi di Azione Locale) e Ambiti Distrettuali.

A livello locale, i **Piani sociali di ambito distrettuale** articoleranno conseguentemente la propria strategia su alcuni Assi Tematici (AT) di programmazione coordinata, secondo la seguente scansione di massima:

- **AT 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale;**
- **AT 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza;**
- **AT 3 - Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà;**
- **AT 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica;**
- **AT 5 – Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia;**
- **AT 6 – Strategia per l'invecchiamento attivo;**
- **AT 7 – Strategia per le persone con disabilità.**

A seconda dei rispettivi Assi, la programmazione prevederà strumenti di attuazione diretta nel Piano (servizi sociali, servizi ad integrazione sociosanitaria e per la non autosufficienza, etc.) e strumenti di attuazione indiretta (servizi di inclusione sociale, servizi educativi per la prima infanzia, etc.) con la presentazione di progetti attuativi specifici, in coerenza con la strategia generale definita del Piano di ambito.

Parallelamente alla gestione programmatoria coordinata, il finanziamento delle politiche sociali a livello locale seguirà **il principio di integrazione della spesa**. I principali fondi per il finanziamento delle strategie dei Piani sociali ambito distrettuale sono, in sintesi e allo stato attuale, i seguenti:

- **FSR – Fondo Sociale Regionale** per l'espletamento di servizi ed interventi in materia sociale e socio-assistenziale, istituito dalla L.R. 135/1996, che concorre al finanziamento dei servizi e degli interventi dei Comuni singoli e associati, la cui consistenza è stabilita annualmente dalla legge regionale di bilancio (consistenza 2015: € 10.800.000,00);
- **FNPS – Fondo Nazionale Politiche Sociali**, istituito dalla L. 328/2000, quale quota nazionale per il finanziamento del sistema dei servizi sociali, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali (consistenza 2015: € 6.927.004,53);
- **FNNA – Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze**, istituito dalla L. 296/2006, destinato al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e dell'Economia e Finanze (consistenza 2015: € 9.594.000,00);
- **Fondo “Interventi per la Vita Indipendente”**, istituito dall'art. 18 della L.R. 57/2012), erogato dagli Enti di ambito per il finanziamento di progetti personalizzati di vita indipendente e direttamente erogato alle persone con disabilità (consistenza 2015: € 400.000,00);
- **Fondo per l'integrazione sociosanitaria**, istituito dalla L.R. 37/2014, per il contributo ai Comuni per la compartecipazione ai costi dell'utenza in strutture sociosanitarie (consistenza 2015: € 10.800.000,00);

- **Fondo “Provvidenze in favore della famiglia”**, istituito dall’art. 16 della L.R. 95/95, per il finanziamento di interventi per la famiglia gestiti dai Comuni, dai Consultori e dalle Associazioni (consistenza 2015: € 450.000,00);
- **Fondo Nazionale Politiche della Famiglia**, istituito dalla L. 296/2006, per il finanziamento delle azioni in favore delle famiglie, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali (consistenza 2015: € 122.500,00);
- **Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili**, istituito dalla L. 248/2006, ripartito annualmente con Intesa della Conferenza Stato-Regioni (consistenza 2015: € 91.541,00);
- **Fondo “Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate”**, istituito dall’art. 13 della L.R. 31/2006, per il finanziamento dei centri antiviolenza (consistenza 2015: € 175.000,00);
- **Fondo per il finanziamento del “Piano d’azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere”**, istituito dalla L. 119/2013, per il finanziamento di azioni per il contrasto alla violenza di genere (consistenza 2014: € 265.137,00);
- **P.O. FSE Abruzzo 2014-2020**, Fondo Sociale Europeo, Obiettivo Tematico 9, che prevede due linee di azione in materia di inclusione sociale, con una dotazione complessiva di € 32.775.724,81, per il periodo 2014-2020;
- **PON “Inclusione sociale” 2014-2020**, gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che prevede interventi e progetti di inclusione sociale e nel quale l’Abruzzo figura fra le Regioni in transizione destinatarie di uno specifico stanziamento (71 milioni per le tre Regioni: Abruzzo, Molise e Sardegna) nei 7 anni;
- **Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all’esclusione sociale**, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386), che prevede una dotazione nazionale complessiva di € 600 milioni per il 2016 e 1 miliardo per il 2017;
- **Fondo “Contributi per il sostegno alimentare delle persone in stato di povertà”**, istituito dall’art. 23 della L.R. 29/2006, a favore delle mense e dei centri di distribuzione (consistenza 2015: € 320.000,00);
- **Fondo di Sviluppo e Coesione, Obiettivi di servizio** per servizi educativi prima infanzia e ADI;
- **Fondo Piano per lo sviluppo del sistema servizi educativi per la prima infanzia**, rifinanziato dalla L. 190/2014 (consistenza 2015: € 4.586.500,00 – cfr. DGR 105/2016);
- **Fondo nazionale sul “Dopo di noi”**, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 400), che prevede una dotazione nazionale complessiva di € 90 milioni a decorrere dall’anno 2016;
- **Fondo Sanitario Nazionale**, con il quale sono cofinanziati gli interventi e i servizi sociosanitari, erogati dai Distretti e dalle Aziende USL.

Tutti i beneficiari delle specifiche misure di finanziamento pubblico del sistema delle politiche sociali e sociosanitarie sono chiamati a programmare gli interventi secondo una strategia interna ai Piani sociali dell’ambito distrettuale, indipendentemente dal fatto che sia il Piano a fornire le risorse o siano altri interventi settoriali. Infatti, la regia degli interventi territoriali pubblici che impattano sulle politiche sociali va assicurata in capo all’Ambito distrettuale e al suo strumento principale di programmazione per garantire coerenza degli investimenti, raccordo interistituzionale, effettiva governance della sussidiarietà.

Elementi fondamentali della **nuova politica della spesa**, già in parte individuati nelle Linee Guida di riforma, possono essere così riassunti:

- ripartizione delle risorse sulla base di nuovi indicatori in grado di fotografare meglio la specificità dei bisogni;

- allineamento della quota di finanziamento dei Piani di ambito distrettuale da parte dei Comuni alla media nazionale secondo l'indicatore della spesa sociale ISTAT;
- obbligo di approvazione del regolamento di accesso ai servizi da parte di tutti gli Ambiti Distrettuali contestualmente al Piano e vigilanza sul rispetto dell'applicazione dell'ISEE per la fruizione delle prestazioni sociali agevolate;
- pubblicazione dei bilanci e dei rendiconti di spesa per i Piani di ambito distrettuale sui siti Internet degli Enti gestori e della Regione, anche utilizzando i modelli di bilancio sociale;
- rispetto dei termini della rendicontazione da parte degli Ambiti alla Regione e compensazione con i fondi non impegnati entro l'annualità precedente nell'annualità successiva, al fine di stimolare l'investimento delle somme nelle annualità di riferimento;
- previsione di procedure di anticipazione delle risorse finanziarie regionali da concedere agli Ambiti che rispetteranno i termini e le modalità di rendicontazione previste e che invieranno tutti i flussi informativi richiesti dall'Osservatorio sociale regionale nei tempi prescritti;
- previsione di un sistema di controllo rigoroso sulla spesa e sul raggiungimento degli obiettivi di performance dei servizi da parte della Regione e delle conseguenti sanzioni in caso di non rispetto delle procedure;
- trasformazione delle Azioni di Sistema in *Azioni di Innovazione Sociale* per una quota del Fondo sociale regionale e conferma degli interventi diretti regionali, così come definiti dai precedenti Piani sociali regionali;
- promozione e coordinamento di forme organizzate di co-finanziamento privato;
- promozione del welfare aziendale in concorso con il welfare pubblico e raccordo con le iniziative INPS in materia di welfare;
- concorso delle Aziende dei Servizi alla Persona e dei loro patrimoni alla sostenibilità finanziaria della programmazione sociosanitaria e al miglioramento dell'infrastrutturazione sociale;
- progressiva sperimentazione ed entrata a regime dei costi standard per le prestazioni sociali, al fine di garantire omogeneità fra territori, sulla base delle indicazioni nazionali e delle decisioni della Conferenza Stato-Regioni;
- superamento di tutte le forme di finanziamento a pioggia, regolate da vecchie leggi regionali, senza l'effettivo sviluppo di specifiche progettualità coerenti con la programmazione sociale e sociosanitaria regionale e locale; la sussistenza di tali fondi sarà condizionata al loro concorso al sistema dei servizi sociali e sociosanitari e alla trasparenza della gestione e dei risultati conseguiti.

Una chiave fondamentale per la garanzia dei processi di decentramento, governance e autonomia degli Ambiti distrettuali è rappresentata dalla funzione di monitoraggio, valutazione e controllo da parte dell'Ente Regione.

I flussi informativi per il monitoraggio, la valutazione e la rendicontazione dei Piani sociali di ambito sono fondamentali per garantire l'andamento del sistema dei servizi alla persona e per programmare secondo precisi dati basati sull'evidenza. Nel prossimo triennio, la Regione rafforzerà tali attività nell'ambito dell'Osservatorio sociale regionale con la predisposizione di strumenti di rilevazione sulle prestazioni, sui costi sostenuti per singole tipologie per la derivazione dei costi standard, sugli indicatori di monitoraggio e di impatto del Piano.

Fondamentale sarà l'utilizzo del **“Casellario dell'assistenza”** (D.M. 206/2014) da parte di tutti gli Ambiti distrettuali e i Comuni, quale condizione necessaria per l'erogazione dei finanziamenti. Il Casellario, entrato in funzione dal 25 marzo 2015 presso l'INPS, sta progressivamente implementando tutte le sue funzioni di banca dati delle prestazioni sociali. Tutti i Comuni e gli

Ambiti distrettuali, anche attraverso i rispettivi Uffici di Piano, concorrono ad alimentare sia i flussi della banca dati INPS sia i flussi richiesti dalla Regione Abruzzo tramite il Sistema Informativo gestito dall'Osservatorio sociale regionale. Al tempo stesso, la Regione Abruzzo accede al sistema del Casellario per il monitoraggio continuo delle prestazioni, configurandosi quale Sistema Informativo fondamentale per l'esercizio dei compiti di controllo, monitoraggio e valutazione.

BOZZA

Tabella 1 - Quadro integrato delle risorse per il finanziamento delle politiche sociali e corrispondenza con gli Assi dei Piani sociali di ambito distrettuale

<i>Finanziamento integrato degli assi tematici dei Piani sociali di ambito distrettuale</i>	FSR Fondo Sociale Regionale	FNPS Fondo Nazionale Politiche Sociali	FNNA Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze	Fondo Vita Indip. (L.R. 57/2012)	Fondo integrazione socio-sanitaria	Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia	Fondo per la Famiglia (L.R. 95/95)	Fondo Politiche Giovanili	Fondo Centri anti-violenza (L.R. 31/2006)	Fondo Piano nazionale violenza	P.O. FSE Abruzzo Fondo Sociale Europeo	PON "Inclusion e sociale"	Fondo Piano Nazionale Povertà	Fondo Sostegno alimentare (L.R. 29/2006)	Fondi FSC Obiettivi di servizio	Fondo Piano sviluppo asili nido	Fondo legge "Dopo di noi"	Fondo Sanitario Nazionale
AT 1 – Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale																		
AT 2 – Interventi e servizi per la non autosufficienza																		
AT 3 – Sostegno famiglie, nuove generazioni, contrasto violenza																		
AT 4 – Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà																		
AT 5 – Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi prima infanzia																		
AT 6 – Strategia per l'invecchiamento attivo																		
AT 7 – Strategia per le persone con disabilità																		

PARTE IV – ASSETTI TEMATICI

4.1. Gli obiettivi delle nuove politiche sociali e la promozione del benessere sociale e di salute

L'analisi svolta per la determinazione del profilo sociale ha evidenziato, tra gli altri aspetti, le seguenti criticità sulle quali è necessario intervenire, indipendentemente dalle specificità territoriali:

1. invecchiamento progressivo della popolazione;
2. bassi tassi di natalità;
3. tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche;
4. difficoltà di integrazione (soprattutto lavorativa) delle giovani generazioni;
5. incidenza doppia, rispetto alla media nazionale, dei casi di violenza;
6. aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione;
7. *trend* in crescita delle malattie neurodegenerative;
8. persistenza, nonostante i buoni risultati conseguiti nelle precedenti programmazioni, di uno scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità a partire da quella nel mercato del lavoro che vede tassi più bassi della media nazionale.

Per garantire la coerenza del Piano sociale regionale con i Piani sociali di ambito distrettuale è fondamentale utilizzare un sistema di definizione degli obiettivi tarati sulle problematiche rilevate nell'analisi iniziale per giungere a prospettive di cambiamento e di miglioramento sociale capaci di essere continuamente monitorati e misurati attraverso specifici indicatori al fine di poter riorientare le politiche verso una maggiore efficacia negli esiti a favore delle persone destinatarie.

Appare, quindi, necessario, considerando le finalità della nuova programmazione, iniziare anche a rilevare, in maniera diversa, non solo le dimensioni e caratteristiche dei servizi e il relativo costo, ma anche il loro impatto, avendo come obiettivo generale quello del **miglioramento continuo della qualità degli stessi**, considerando sia gli output che l'incidenza degli stessi in termini prospettici. In questo senso gli obiettivi della nuova programmazione, in termini di promozione del benessere e della salute, possono essere definiti secondo uno schema di riferimento in cui evidenziare:

1. i campi di intervento,
2. gli assi tematici di riferimento per i Piani sociali di ambito distrettuale,
3. gli obiettivi previsti,
4. gli output intesi come elenco dei possibili servizi e interventi, ulteriormente integrabili a livello di Ambito distrettuale;
5. i risultati attesi dalla loro applicazione,
6. le conseguenti azioni per il miglioramento continuo del benessere.

Nel successivo paragrafo 4.3. seguirà un approfondimento degli strumenti per attuare gli obiettivi, declinando ulteriormente gli output, ovvero gli interventi, le azioni e i servizi in relazione ai gruppi di destinatari.

Tabella 2 – Quadro riepilogativo degli obiettivi di promozione del benessere sociale e di salute del Piano sociale 2016-2018

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATICI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
INVECCHIAMENTO PROGRESSIVO DELLA POPOLAZIONE	ASSE 6	Ritardo dell'insorgenza della non autosufficienza	- servizi di terapia occupazionale per anziani - servizi di comunità e di vicinato per contrastare il decadimento psicofisico - servizi di attività motoria per la terza età - servizi per una maggiore inclusione degli anziani nel "mondo digitale"	Favorire un "invecchiamento attivo" della popolazione e prevenire la non autosufficienza	Sviluppo di servizi innovativi e riorientamento delle esperienze di aggregazione verso azioni di <i>active ageing</i>
	ASSE 1				
BASSI TASSI DI NATALITÀ	ASSE 3	Incremento del tasso di natalità	- incrementare l'offerta di servizi per la prima infanzia - servizi per favorire tempi di lavoro e cure familiari per i genitori - favorire politiche di "utilizzo consapevole" del part time lavorativo - servizi innovativi per il sostegno alla genitorialità e alle famiglie - servizi di comunità e di mutuo aiuto - servizi di facilitazione e supporto per le giovani famiglie immigrate con figli	Promuovere servizi e interventi di supporto e accompagnamento per le famiglie con bambini, specie nella prima infanzia, e favorire il ricambio di popolazione	Potenziamento di tutti i servizi sociali e sanitari a supporto della maternità e della paternità Adozione di una specifica strategia integrata per l'inversione del tasso di natalità, specie nelle aree interne Facilitazione di accesso ai servizi per le giovani coppie immigrate
	ASSE 4				
TASSI SUPERIORI ALLA MEDIA NAZIONALE RISPETTO ALLA PRESENZA DI MALATTIE	ASSE 2	Riduzione del tasso relativo all'insorgenza di	- servizi per favorire de-istituzionalizzazione e deospedalizzazione	Offrire servizi territoriali integrati sociosanitari per la	Massimizzare l'integrazione sociosanitaria in tutti i

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATI CI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
CRONICHE	ASSE 1	malattie croniche e invalidanti	- servizi innovativi e qualificati di assistenza domiciliare integrata - interventi integrati per il recupero e lo sviluppo dell'autonomia personale - servizi di convenzione e mutuo aiuto per la distribuzione di farmaci	cura e la prevenzione delle malattie croniche e riqualificare la domiciliarità	servizi per gli anziani e le persone con disabilità
	ASSE 6				
DIFFICOLTÀ DI INTEGRAZIONE (SOPRATTUTTO LAVORATIVA) DELLE GIOVANI GENERAZIONI	ASSE 4	Riduzione del numero dei giovani privi di lavoro	- sviluppo dei servizi e delle prestazioni secondo l'esperienza intrapresa con Garanzia Giovani - servizi di "tutoraggio" per bambini e giovani che vivono in famiglie in difficoltà o povere - servizi di comunicazione e supporto per favorire la partecipazione a percorsi di inserimento lavorativo - servizi di supporto per permettere una maggiore partecipazione dei giovani a rischio di esclusione ad attività extrascolastiche (sport, musica, recitazione, etc.) - servizi di supporto per favorire la partecipazione dei giovani a corsi abilitanti rispetto a skill di base (PC, inglese di base, etc.)	Favorire l'inclusione delle giovani generazioni	Percorsi specifici per adolescenti e giovani a rischio di esclusione nei Piani di ambito e nei Progetti FSE
	ASSE 3				
	ASSE 1				
INCIDENZA DOPPIA, RISPETTO ALLA MEDIA NAZIONALE, DEI CASI DI VIOLENZA SULLE	ASSE 3	Diminuzione del numero delle violenze	- incrementare i servizi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria - messa in rete dei Consultori e dei	Favorire l'empowerment delle donne vittime o a rischio di	Sviluppo di specifici protocolli e raccordi fra servizi sociali, sanitari,

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATI CI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
DONNE E I BAMBINI	ASSE 1		Centri antiviolenza con i servizi di piano - adeguamento dei Centri antiviolenza agli standard previsti dalla Conferenza Stato-Regioni (Atto 146/2014) - servizi di supporto per favorire la denuncia della violenza subita e l'emersione - servizi integrati sociosanitari di accompagnamento e presa in carico delle vittime - rafforzamento delle equipe per le adozioni e sviluppo dell'affidamento - servizi di mediazione per la prevenzione dei conflitti familiari - interventi di presa in carico degli adulti maltrattanti - rafforzare i servizi anti-discriminazione e di supporto alle vittime di tratta e sfruttamento	violenza e rafforzare la protezione e la cura delle vittime di violenza	giudiziari, e servizi anti-violenza per donne e bambini
	ASSE 4				

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATI CI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
AUMENTO DELLE FASCE DI POPOLAZIONE A RISCHIO DI POVERTÀ ED ESCLUSIONE	ASSE 4	Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione	- servizi integrati di sostegno al reddito - servizi innovativi per nuclei familiari multiproblematici - servizi di inclusione specifici per adulti con fragilità - servizi di sostegno per famiglie in temporanea difficoltà economica per evitare l'acuirsi delle problematiche - maggiori servizi informativi rispetto alla presenza di servizi di supporto presenti sul territorio - integrazione trasversale con i servizi di volontariato e di comunità al fine di aumentare l'efficacia dell'azione realizzando interventi ad hoc - servizi di mutuo aiuto e di comunità per i minori di famiglie in difficoltà - sviluppare servizi capaci di mettere in atto interventi integrati che pongano al centro la persona e la famiglia a rischio di esclusione - servizi per l'integrazione delle persone di etnia rom - servizi per l'inclusione sociale, sanitaria e abitativa delle persone migranti - interventi di accompagnamento personalizzato per le persone che escono dalla detenzione	Favorire l'inclusione sociale delle famiglie e delle persone in difficoltà	Disegnare una strategia multidimensionale di contrasto alla povertà ed esclusione, utilizzando tutti gli strumenti finanziari disponibili in sinergia con tutte le realtà territoriali
	ASSE 1				

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATI CI	OBIETTIVO	SERVIZI E INTERVENTI	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
TREND IN CRESCITA DELLE MALATTIE NEURODEGENERATIVE	ASSE 2	Rafforzare la rete sociosanitaria di cura e ritardare la progressione delle malattie	- servizi di supporto familiare e della persona efficaci e professionali - servizi di assistenza domiciliare integrata che evitino una ospedalizzazione impropria e garantiscano, fino a quando è possibile, una vita in casa - servizi di “sollevio” per evitare eccessivi carichi di stress per i caregiver che assistono persone affette da malattie neurodegenerative - servizi semiresidenziali per persone con malattie neurodegenerative	Favorire il più possibile e fino a quando è possibile un elevato livello di qualità della vita in ambiente domestico	Massimizzare l'integrazione sociosanitaria in tutti i servizi per gli anziani e realizzare servizi innovativi di cura e prevenzione, anche nell'ambito del Piano di prevenzione sanitaria Riqualificare l'assistenza domiciliare sociale e integrata
	ASSE 6				
	ASSE 1				
SCARTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ	ASSE 7	Sviluppare una rete di servizi per la disabilità in grado di avviare l'applicazione della Convenzione ONU in Abruzzo in tutti i suoi aspetti (servizi di cura, lavoro, partecipazione sociale, inclusione, abitazione, vita indipendente, etc.)	- servizi di formazione e supporto per favorire il più possibile la vita autonoma a partire dall'inclusione nel mondo del lavoro di persone con disabilità o con patologie mentali - servizi di supporto per una vera integrazione all'interno del mondo della scuola - servizi capaci di sviluppare progetti terapeutico riabilitativi integrati - servizi per il dopo di noi e la micro-residenzialità - servizi di “sollevio” per evitare eccessivi carichi di stress per i caregiver che assistono persone con disabilità - interventi per potenziare il finanziamento dei progetti di vita indipendente e piena integrazione degli stessi nella rete dei servizi	Favorire l'empowerment delle persone con disabilità	Riqualificazione dei servizi per la disabilità attraverso una rafforzata integrazione sociosanitaria e sviluppo di servizi innovativi multidimensionali di integrazione sociale
	ASSE 1				
	ASSE 2				
	ASSE 4				

4.2. Gli obiettivi essenziali di servizio e le azioni di miglioramento

La Commissione Politiche sociali della Conferenza Stato Regioni ha predisposto, nel luglio 2011, un Documento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). Il documento prevede un'articolazione dei livelli essenziali in 5 Macrolivelli, 9 obiettivi di servizio, Linee di intervento, Tipologia di integrazione sociale o sociosanitaria, Target di riferimento. I Macrolivelli e gli Obiettivi di servizio di questo documento sono stati poi ripresi nei Decreti di riparto del Fondo Nazionale Politiche Sociali e nei relativi allegati. Tali macrolivelli e obiettivi entrano, quindi, direttamente nella programmazione di spesa del fondo nazionale, che in Abruzzo è stato trasferito integralmente agli ambiti per la gestione dei Piani di ambito distrettuale, e costituiscono il modello di riferimento per la classificazione dei costi in sede di monitoraggio e rendicontazione.

La strategia di programmazione dei servizi sociali del Piano Sociale Regionale 2016-2018 segue questo modello di pianificazione sistemica, che rappresenta altresì un vincolo ai fini del monitoraggio e della rendicontazione. I Piani sociali di ambito distrettuale prevedono una strategia attuativa dei Macrolivelli (ML) e degli obiettivi di servizio così articolata:

- ML1) servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale** (Accesso, Presa in carico, Pronto Intervento Sociale);
- ML2) servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio** (Assistenza domiciliare, Servizi di prossimità);
- ML3) servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanzia** (Asili nido e altri servizi per la prima infanzia)
- ML4) servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità** (Comunità per minori e per persone con fragilità);
- ML5) misure di inclusione – sostegno al reddito** (Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia).

I Macrolivelli e gli Obiettivi di servizio sono dettagliatamente elencati con le rispettive linee di intervento nella tabella 3.

Il Profilo sociale ha evidenziato le maggiori criticità nei diversi livelli di servizio. La prescrizione di livelli essenziali di servizio sociali con uguali standard e volumi su tutto il territorio regionale, a prescindere delle specificità delle comunità e dei territori, ha spesso ingessato la spesa su servizi non sempre in linea con gli effettivi bisogni. Molti ambiti sociali hanno segnalato in diverse sedi l'esigenza di una maggiore flessibilità programmatica da devolvere ai territori.

Ferma restando la garanzia della disponibilità dei primi 8 obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio regionale, così come definiti dalla Conferenza Stato-Regioni, il Piano sociale regionale 2016/2018 intende demandare agli ambiti distrettuali sia le modalità organizzative del sistema di offerta dei servizi nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, che saranno progressivamente emanati, sia la quantificazione dei volumi commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio e agli assi tematici strategici disegnati nei Piani sociali di ambito.

E' necessario che i Piani di ambito, oltre a migliorare le performance quantitative, compiano uno sforzo di **innovazione, riqualificazione e riconversione dei servizi erogati verso il miglioramento continuo** dei livelli qualitativi dell'assistenza.

Tabella 3 – Documento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali

MACROLIVELLO	OBIETTIVI DI SERVIZIO	LINEE DI INTERVENTO	INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	TARGET DI RIFERIMENTO
SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE	ACCESSO	Azioni di sistema (Punto unico di accesso) Segretariato sociale	SI	Popolazione
	PRESA IN CARICO	Servizio sociale professionale		Popolazione
		Funzioni sociali per la VMD	SI	Persone con bisogni complessi
	PRONTO INTERVENTO SOCIALE	Funzioni sociali per affidamento/adozioni minori	SI	Minori
SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO	ASSISTENZA DOMICILIARE	Interventi per emergenza sociale		Persone con grave emarginazione
		Supporto domiciliare per aiuto domestico/familiare		Adulti, Anziani e Disabili in condizione di fragilità
		Assistenza tutelare OSS (ADI)	SI	Persone non autosufficienti
		Misure di sostegno alla N. A. e disabilità grave		Anziani e disabili non autosufficienti
	SERVIZI DI PROSSIMITÀ	Assistenza Educativa Domiciliare		Minori in famiglie con disagio
SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE COMUNITARIO E SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA	ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA	Interventi di Prossimità (forme di solidarietà a favore delle fasce fragili)		Famiglie, Anziani, Disabili
		Asili nido e servizi innovativi prima infanzia		Minori 0-24 mesi
SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITÀ	COMUNITÀ/ RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITÀ	Centri di aggregazione e polivalenti		Minori Adolescenti/giovani Anziani e disabili
		Comunità educativo-assistenziali	SI	Minori allontanati dalla famiglia Minori stranieri non accompagnati
		Centri semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi	SI	Disabili gravi Anziani non autosufficienti
		Residenze per anziani	SI	Ultra 65enni
		Residenze sociosanitarie per non autosufficienti	SI	Ultra 65enni non autosufficienti Disabili gravi
MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE – SOSTEGNO AL REDDITO	INTERVENTI/ MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA	Strutture per disabili privi di sostegno familiare	SI	Disabili gravi soli
		Trasporto per fruire dell'assistenza sociosanitaria a e socio riabilitativa (Disabili gravi e Anziani NA)	SI	Disabili gravi Anziani Non Autosufficienti
	MISURE NAZIONALI INCLUSIONE/ SOSTEGNO AL REDDITO	Misure di sostegno al reddito per il contrasto alla povertà (+)		Persone e nuclei al di sotto della soglia di povertà assoluta
		Assegni per Invalidità civile, sordità, sordomutismo		Invalidi civili ciechi e sordomuti
		Indennità di accompagnamento		Invalidi civili incapaci di compiere attività quotidiane e/o deambulare
		Assegno sociale		Ultrassantacinquenni in condizioni di povertà
		Assegni maternità, Nuclei familiari con 3 figli		Madri e Famiglie numerose

Fonte: Commissione Politiche sociali, Conferenza Stato-Regioni, 2011

Gli **8 obiettivi essenziali (OE) di servizio del sistema integrato da garantire su tutto il territorio regionale** e in tutti i Piani sociali di ambito distrettuale con i relativi **obiettivi di miglioramento** per il triennio, sono:

OE1 - ACCESSO

- 1) Rafforzare la cooperazione fra Comuni e ASL per lo sviluppo dei **Punti Unici di Accesso** integrati e diffusi sul territorio, assicurando un'adeguata presenza della componente sociale fra gli operatori del PUA e garantendo una maggiore diffusione e prossimità territoriale con i cittadini, specie nelle aree montane;
- 2) Specializzare il ruolo dei **Segretariati sociali** sia nei compiti di informazione, prima accoglienza, orientamento ai servizi, accettazione ed elaborazione della domanda, sia nell'accompagnamento all'accesso, quali snodi territoriali operanti in stretto raccordo con i PUA e con il Servizio sociale professionale;
- 3) Regolamentare l'accesso al sistema dei servizi con specifici **regolamenti di accesso**, validi su tutto il territorio di ciascun Ambito distrettuale, alle prestazioni sociali agevolate, garantendo equità e trasparenza.

OE 2 - PRESA IN CARICO

- 1) Ridefinire il ruolo e l'assetto ottimale del **Servizio sociale professionale** quale pilastro dell'intero sistema dei servizi e degli interventi sociali locali con compiti attivi di coordinamento dei servizi e di regia dell'erogazione, del monitoraggio e del controllo dei piani individualizzati di intervento;
- 2) Potenziare il ruolo del servizio sociale all'interno delle **Unità di Valutazione Multidimensionale**, dando pari dignità alla componente sanitaria e a quella sociale, con definizione di protocolli comuni per i piani prestazionali condivisi;
- 3) Ridefinire e rilanciare il ruolo delle **Équipe per le adozioni**, sostenere la piena attuazione delle Linee guida approvate dalla Regione (DGR 971/2013), in raccordo con le linee guida in materia di maltrattamento sui minori, favorendo una più incisiva integrazione fra le professionalità sociali, sanitarie, giudiziarie che presiedono i processi di protezione dei minori in situazioni di disagio.

OE 3- PRONTO INTERVENTO SOCIALE

- 1) Organizzare un servizio attivo o attivabile a domanda di **pronto intervento sociale**, in rete con le organizzazioni di contrasto alla povertà e sperimentando forme di istruttoria pubblica e di co-progettazione;
- 2) Favorire il superamento delle emergenze sociali rafforzando la connessione degli interventi del PIS con servizi di inclusione strutturati (OE8).

OE 4 - ASSISTENZA DOMICILIARE

- 1) Incrementare l'assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura;
- 2) Sviluppare l'integrazione dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale (attualmente circa 5000 utenti) con l'assistenza domiciliare sanitaria (circa 11000 utenti) attraverso piani individualizzati e integrati di presa in carico e specifici protocolli operativi fra Ambito distrettuale e Distretti;
- 3) Potenziare l'assistenza domiciliare educativa in favore delle famiglie multiproblematiche con minori quale misura per la prevenzione del disagio e del maltrattamento.

OE 5 - SERVIZI DI PROSSIMITÀ

- 1) Sperimentare servizi comunitari basati sul “welfare generativo” e sul “welfare relazionale” in favore di anziani, disabili e famiglie differenziati sia nelle aree interne che nelle aree metropolitane, in forte collaborazione con il terzo settore, anche con l'utilizzo della co-progettazione.

OE 6 - ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

- 1) Consolidare la rete degli asili nido esistenti attraverso la riqualificazione dell'offerta e la maggiore flessibilità organizzativa;
- 2) Sviluppare servizi educativi innovativi, specie nelle aree montane e interne, per piccoli gruppi di bambini nella prima infanzia, in grado di fornire risposte personalizzate e flessibili con costi contenuti;
- 3) Riqualificare gli interventi dei centri diurni socio-aggregativi per minori, disabili e anziani.

OE 7 - COMUNITÀ/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITÀ

- 1) Promuovere lo sviluppo di una rete di microresidenzialità di tipo familiare per minori, anziani e disabili, superando i modelli istituzionalizzanti, sia secondo un approccio di piccola comunità protetta che di comunità a valenza sociosanitaria integrata per i bisogni più complessi;
- 2) Favorire la fruizione di servizi diurni sociosanitari in co-gestione fra Aziende ASL e Ambiti distrettuali.

OE 8 - INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA

- 1) Garantire su tutto il territorio regionale lo sviluppo di misure di sostegno al reddito accompagnate da servizi di inclusione sociale di tipo multidimensionale e globale;
- 2) Assicurare il servizio di trasporto per l'accesso a strutture sociosanitarie e sanitarie per persone con disabilità.

4.3. Le risposte integrate ai bisogni nell'area della famiglia, delle nuove generazioni, delle persone con disabilità, degli anziani, della povertà e dell'esclusione sociale per gli adulti fragili e gli immigrati.

Il Profilo sociale ha contribuito a rendere evidenti le criticità e le opportunità all'interno di ciascuno dei gruppi sociali che rappresentano i principali destinatari degli interventi del sistema integrato dei servizi sociali, evidenziando percorsi di miglioramento dei servizi.

I primi 4 Piani sociali hanno già realizzato, nella maggior parte dei casi, interventi in favore delle diverse categorie di beneficiari, che hanno offerto risposte più o meno e efficaci ai diversi fabbisogni.

L'attuazione del 5° Piano sociale regionale e dei Piani sociali di ambito dovrà favorire lo sviluppo di azioni di miglioramento e di innovazione sociale per orientare verso una maggiore efficacia i servizi e gli interventi in un'ottica strategica e integrata. In questo paragrafo si offre un primo elenco delle principali azioni di miglioramento per il prossimo triennio nei confronti dei principali gruppi di destinatari, che ciascun Ambito Distrettuale o un insieme di più Ambiti (in area vasta, come già sperimentato, ad esempio, con le Equipe adozioni o con il progetto “Abruzzo Inclusivo”) potrà scegliere sulla base dell'analisi dei rispettivi fabbisogni, attraverso la messa in rete delle

diverse fonti finanziarie e delle risorse già esistenti, che tuttavia devono essere oggetto di un maggiore raccordo di rete. Questa sezione è da leggersi in forma coordinata con i precedenti due paragrafi.

A. Indirizzi per le politiche per la famiglia

Il Profilo sociale ha evidenziato che le famiglie abruzzesi tendono sempre più a diventare di piccole dimensioni con la relativa contrazione del tasso di fecondità; che sale il numero delle famiglie in situazione di povertà e che rinunciano anche alle prestazioni sanitarie e diminuisce la domanda di asili nido per la non facile sostenibilità dei costi; che esplodono le situazioni di violenza domestica e di genere e cresce il numero dei genitori separati e divorziati. La riduzione dimensionale delle famiglie porta al conseguente indebolimento della loro capacità di risposta nelle situazioni di crisi e di bisogno di accudimento ai diversi componenti fragili lungo le età della vita. Una situazione di evoluzione complessa, cui il sistema dei servizi integrati regionali e locali è chiamato a fornire strumenti di accompagnamento, supporto e cura. In particolare, oltre ai servizi già tratteggiati negli obiettivi di benessere, occorre sviluppare politiche familiari, che i diversi Ambiti distrettuali potranno strutturare sulla base dei rispettivi fabbisogni, per la promozione di:

- 1) servizi e interventi integrati sociosanitari di sostegno alla genitorialità e alla nascita, di consulenza e di mediazione familiare, di prevenzione e contrasto alla violenza di genere;
- 2) attivazione di Centri Famiglia integrati, che possano assicurare un monitoraggio costante delle relazioni familiari, anche in collaborazione con il terzo settore;
- 3) interventi di sostegno economico integrato a servizi di home visiting e di accompagnamento alla nascita per le coppie o per le madri in difficoltà;
- 4) sviluppo e messa in rete nel Piano sociale di ambito distrettuale dei Centri antiviolenza di cui alla L.R. 31/2006 e dei Consultori familiari;
- 5) azioni per conciliare tempi di vita e tempi di lavoro, anche in attuazione della legge regionale 16 dicembre 2005, n. 40;
- 6) rafforzamento della rete per lo sviluppo dei servizi della prima infanzia, attraverso un raccordo fra scuole dell'infanzia pubbliche e private, anche in attuazione della L. 107/2015 sulla "Buona scuola", che prevede un ciclo unico 0-6 anni;
- 7) previsione di forme più flessibili di accoglienza dei bambini nelle piccole realtà delle aree interne rispetto a quelle previste dalla L.R. 76/2000;
- 8) promozione e incentivazione di forme di auto-organizzazione di servizi fra famiglie, flessibili e di prossimità, per la cura dei bambini, dei disabili e degli anziani, secondo il modello del welfare generativo.

B. Favorire la crescita delle nuove generazioni

In Abruzzo nascono pochi bambini: le condizioni economiche familiari, il ritardo nella conquista dell'occupazione e dell'autonomia economica dalle famiglie di origine per le giovani coppie, le difficoltà di accesso o la non disponibilità di servizi di accompagnamento alla nascita e alla prima infanzia, sono fattori fortemente ostacolanti della crescita del tasso di fertilità. La gestione delle dinamiche dei figli adolescenti porta, poi, le famiglie a vere e proprie crisi genitoriali, che tuttavia non incontrano un adeguato supporto nei servizi esistenti.

Nonostante per famiglia, minori e giovani, l'Abruzzo spenda il 32% del totale delle risorse del sistema dei servizi sociali, la rete dei servizi non riesce a contrastare questi trend in quanto la spesa è contratta sul costo per il pagamento dei minori in comunità (oltre 8 milioni su un totale di 15 milioni) e dei centri diurni. Occorre intervenire per:

- 1) promuovere il pieno raccordo inter-istituzionale fra le azioni dei Piani sociali di ambito distrettuale e i Piani Triennali dell'Offerta Formativa scolastica, al fine di individuare nella

- scuola il luogo di aggregazione pomeridiano, specie nelle piccole realtà urbane e rurali, creando sinergie di investimento per le “Scuole Aperte” sia negli istituti comprensivi con tempo pieno e prolungato per i bambini che negli istituti superiori per gli adolescenti;
- 2) interventi a carattere aggregativo, di socializzazione e di organizzazione del tempo libero in favore degli adolescenti, in grado di sviluppare forme di autogestione e di partecipazione attiva alla gestione sotto la supervisione di animatori e esperti;
 - 3) sviluppo di interventi multidisciplinari consulenziali (sociali, sanitari, giudiziari e scolastici), in grado di dare risposte integrate di tipo medico-pediatrico, pedagogico, educativo, socio-assistenziale, psicologico e di tutela civile, sociale e legale, ai bambini e agli adolescenti in difficoltà;
 - 4) interventi di prevenzione del maltrattamento e di riduzione dell’istituzionalizzazione dei minori attraverso misure integrate di assistenza educativa domiciliare, presa in carico dei servizi diurni, sviluppo dell’affidamento eterofamiliare;
 - 5) azioni di contrasto alla povertà infantile, anche alla luce del previsto “Fondo di contrasto della povertà educativa minorile” di cui all’art. 1, comma 392, della L. 208/2015, volte a favorire il pieno accesso alle opportunità sociali ed educative dei bambini fin dai primissimi anni di vita;
 - 6) azioni e programmi mirati e personalizzati per bambini che presentino situazioni di rischio di esclusione sociale o di maltrattamento e trascuratezza a causa di condizioni familiari problematiche, di appartenenza a culture diverse o a minoranze etniche, della presenza di disabilità, ritardi e disturbi della persona di qualsiasi natura;
 - 7) interventi per minori stranieri non accompagnati, per bambini di strada italiani e stranieri, per bambini immigrati e di altre etnie, atti a favorire la cura personalizzata di un progetto di vita orientato alla piena integrazione;
 - 8) sviluppo di reti e azioni fra gli Ambiti distrettuali, gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni e le autorità giudiziarie minorili, le istituzioni scolastiche, i servizi sanitari al fine di prevenire il disagio e la devianza adolescenziale.

Accanto ai minori, **le politiche per i giovani** possono rivestire un ruolo importante per il rilancio sociale dei territori, dato che il loro straordinario potenziale è oggi schiacciato dalle difficoltà dell’offerta di posti di lavoro e dall’esistenza di barriere all’inserimento, che rendono **i giovani abruzzesi uno dei principali gruppi sociali a rischio di esclusione** (quasi 1 giovane su 2 è senza lavoro). Con l’azione congiunta del programma Garanzia Giovani, del Piano Integrato Giovani, del Servizio Civile Nazionale e Regionale, con le risorse del Fondo per le Politiche giovanili destinate a creare centri di aggregazione giovanili, sono state avviate esperienze significative, che possono e devono radicarsi in ogni Ambito Distrettuale sulla base di scelte strategiche di inclusione giovanile attraverso:

- 9) interventi, inseriti nel sistema integrato, atti a garantire l’informazione, l’orientamento e l’accesso ai diritti al lavoro, alla partecipazione alla vita civile, alla casa, all’istruzione e alla formazione, da parte dei giovani, anche con l’utilizzo dei Fondi per l’inclusione sociale;
- 10) azioni di sostegno economico e logistico per lo sviluppo di centri e spazi di aggregazione giovanile autogestite;
- 11) sviluppo del Servizio civile nazionale e regionale a livello locale e promozione del volontariato in collaborazione con i Centri Servizi per il Volontariato;
- 12) rilancio di forme di partecipazione attiva dei giovani alla vita democratica (forum, consulte, etc.);
- 13) interventi e servizi integrati sociosanitari di prevenzione delle dipendenze, di cura e riabilitazione, di inclusione sociale per fronteggiare le esigenze primarie di accoglienza, cura e assistenza.

C. Promuovere una nuova strategia per le persone con disabilità

I Piani sociali di ambito distrettuale prevedono uno specifico Asse di strategia per le persone con disabilità. Il Profilo sociale ha evidenziato che in Abruzzo sono circa 75.000 le persone con disabilità (di cui circa 54 mila con indennità di accompagnamento, in larga parte anziani non autosufficienti pari a oltre 40 mila), che sono oltre 6200 gli alunni con disabilità (3,3 su 100, dato superiore alla media nazionale), che è ancora alta l'esclusione dal mercato del lavoro dei disabili (oltre 8.800 iscritti al Collocamento mirato a fronte di soli 180 avviamenti al lavoro in un anno), che l'esclusione si registra specie per l'accesso ai servizi, per la difficoltà a uscire di casa per la presenza di barriere, per la difficoltà a fruire dei mezzi pubblici.

Tuttavia la spesa dei precedenti Piani di zona per la disabilità, che pure copre la fetta più rilevante dei Livelli essenziali di servizio (37,96%, pari ad oltre 17 milioni di euro annui), è assorbita prevalentemente dall'assistenza scolastica specialistica (10 milioni) e dall'assistenza domiciliare (4,6 milioni), non lasciando spazio ad altre forme di investimento. In questo ambito si colloca la necessità di individuare un Asse strategico specifico per favorire l'attivazione di interventi e servizi coerenti con la Convenzione ONU (Legge 3 marzo 2009, n. 18).

Le piste di lavoro per la Strategia sono così identificate:

- 1) sviluppo e potenziamento di interventi per la vita indipendente di cui alla L.R. 57/2012 e snellimento dell'attuale legislazione per velocizzare il sistema di valutazione ed erogazione dei benefici, riconducendolo agli Ambiti Distrettuali;
- 2) sviluppo di servizi per la residenzialità di tipo micro e familiari, secondo il modello del "dopo di noi", a partire da un maggiore protagonismo delle famiglie in rete con gli Ambiti distrettuali e riprendendo le buone prassi sperimentate nella regione;
- 3) garanzia della predisposizione e realizzazione dei progetti educativi individualizzati per i disabili, ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, da parte di tutti i Servizi sociali professionali degli Ambiti distrettuali quale vincolo per l'erogazione delle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, e per l'attivazione del servizio per l'autonomia e la comunicazione degli studenti con disabilità;
- 4) sviluppo di progetti di inserimento lavorativo assistito per i disabili, di formazione e lavoro, di intermediazione e mediazione sociale al lavoro;
- 5) promozione di azioni per l'attuazione di tutti i diritti della persona disabile, ed in particolare del diritto alla vacanza, al tempo libero, alla mobilità, allo sport, alla partecipazione della vita sociale, civile e religiosa;
- 6) forme di agevolazione per l'accesso a trasporti, servizi culturali, ricreativi e sportivi e per la diffusione di strumenti tecnologici atti a facilitare la vita indipendente, l'inserimento sociale e professionale;
- 7) garanzia del trasporto da casa verso le istituzioni territoriali (scuole, centri e servizi sociali e sanitari, università, etc.);
- 8) sostegno per il superamento delle barriere architettoniche;
- 9) servizi di inclusione sociale per le persone con disagio mentale;
- 10) servizi specialistici ad alta integrazione sociosanitaria per le persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), anche attraverso l'utilizzo del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze.

D. Promuovere l'invecchiamento attivo e assicurare servizi di cura di qualità

Il Piano Sociale prevede un Asse specifico dei piani di ambito per realizzare una nuova strategia di invecchiamento attivo. Nel Profilo sociale è stato sottolineato il continuo incremento del tasso di invecchiamento della popolazione abruzzese (in dieci anni è salito di 23 punti), anche per effetto della migliore speranza di vita da parte degli abruzzesi, l'incremento del tasso di mortalità per demenze (superiore di 3 punti alla media nazionale), la disabilità che colpisce un quinto della popolazione anziana, mentre un altro quinto è a rischio di disabilità a fronte dei tre quinti che è in buona salute ma con un livello differenziato di rischio.

Nonostante le azioni del Piano di prevenzione sanitaria, le risposte del sistema dei servizi attivati dagli Ambiti sociali si riducono ad un'assistenza domiciliare sociale per gli anziani (che tuttavia ha subito anche una diminuzione nel corso degli anni) insufficiente (copre l'1,3% degli anziani, mentre l'ADI il 4,9%), molto spesso colmata dalle famiglie con il ricorso all'assistenza familiare al mercato del lavoro privato di cura (stima di 16000 "badanti"), al ricorso al ricovero in struttura (disponibilità dell'1,5% di posti sul totale della popolazione anziana). La spesa degli Ambiti sociali per gli anziani è di circa 9 milioni annui, ma essa è assorbita prevalentemente dall'assistenza domiciliare (6,4 milioni). Le piste di lavoro per questa strategia sono:

- 1) servizi e interventi semiresidenziali di supporto al mantenimento dell'autonomia;
- 2) servizi ed interventi domiciliari di prevenzione e limitazione dell'ospedalizzazione e dell'inserimento in strutture residenziali, volti a promuovere il diritto dell'anziano a permanere nella propria casa e a mantenere una vita di relazione attiva;
- 3) potenziamento della gestione integrata dei servizi domiciliari in rete con il Distretto;
- 4) sviluppo di luoghi dell'abitare a misura dell'anziano;
- 5) sostegno all'attività di volontariato e di partecipazione attiva della persona anziana nella comunità locale;
- 6) servizi di aiuto in situazioni di emergenza, quali telesoccorso, pronto intervento sociale, custodi sociali condominiali e di quartiere;
- 7) organizzazione e disciplina del servizio reso dalle assistenti familiari italiane e straniere agli anziani attraverso specifiche azioni a livello di Ambito distrettuale.

E. Contrastare la povertà e l'esclusione sociale e favorire l'inclusione dei migranti

Il Profilo sociale ha portato alle luce ciò che ai servizi sociali è apparso evidente in questi anni di crisi economica: l'aumento rilevante della domanda sociale connessa al sostegno al reddito e all'inclusione. Per questa ragione, il Piano sociale prevede che tutti i Piani di ambito dedichino uno specifico Asse Tematico alla strategia di lotta alla povertà e per l'inclusione. Il Profilo evidenzia che circa un quarto della popolazione abruzzese è a rischio di povertà e 188 mila persone (di cui 18 mila bambini) sono con una grave deprivazione materiale, che le persone che vivono la condizione di povertà estrema sono per metà italiane e per metà immigrate, che i maggiori fattori di esclusione derivano dalla mancanza di reddito, dalla disoccupazione e dalla perdita del lavoro, dall'assenza di abitazione, dai problemi familiari, dalle dipendenze e dai problemi di carattere psichico e di salute. Altri aspetti legati all'esclusione sono i senza fissa dimora, la prostituzione, il disagio mentale, gli ex detenuti che fanno fatica a reinserirsi nelle comunità locali, gli immigrati con difficoltà di integrazione e che vivono in condizioni di grave emarginazione sociale, gli immigrati neo-arrivati e di prima generazione. La strategia per il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale deve essere un aspetto fondante da affrontare mettendo in sinergia le diverse fonti finanziarie e creando reti di co-progettazione con il terzo settore. Costituiscono piste di lavoro per la strategia:

- 1) attuazione delle misure contenute nelle *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta*, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 05.12.2015;
- 2) sviluppo di misure multidimensionali di lungo-termine contro la povertà atte a favorire i processi di autonomia economica, consistenti in reddito per il sostegno all'inserimento,

accompagnamento assistito al lavoro, accesso agevolato alle prestazioni, microcredito, servizi di inclusione alloggiativa, etc.;

- 3) razionalizzazione e riqualificazione del sistema di accoglienza dei rifugiati sul territorio della Regione Abruzzo e stipula di protocolli operativi con tutti i soggetti istituzionali;
- 4) piena attuazione della normativa in materia di lotta agli sprechi alimentari nazionale e regionale (L.R. 4/2016) al fine di creare un sistema di *last minute market*;
- 5) sviluppo di un *Patto per l'inclusione sociale e la solidarietà sociale* fra tutti i soggetti istituzionali e il privato sociale per il coordinamento di tutte le strategie e le azioni previsti dai diversi strumenti di programmazione e finanziamento;
- 6) sviluppo dei servizi di mediazione culturale e al lavoro per le persone immigrate e revisione della normativa regionale per le persone con cittadinanza non italiana;
- 7) sperimentazione di programmi di housing sociale e di inclusione abitativa per persone colpite da esclusione e per le persone immigrate.

BOZZA